



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**TESIS DE GRADO
Previo a la obtención del título de:**

OBSTETRA-OBSTETRIZ

TEMA

**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ESTUDIO A REALIZAR EN
EMBARAZADAS PRIMIGESTAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL
AREA DE EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL
MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DEL MES DE
SEPTIEMBRE DEL 2011 A MAYO DEL 2012**

AUTORES

**CRISTHIAN JONATHAN LEMA HIDALGO
MARÍA EUGENIA MANTILLA CASTILLO**

DIRECTORA DE TESIS

OBST. VERONICA AGAMA CHICO

**BABAHOYO – ECUADOR
2012**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA

DR. CESAR NOBOA AQUINO

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

OBST. JOE ORDOÑES SANCHEZ

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

OBST. VERONICA AGAMA CHICO

DIRECTORA DE TESIS

AB. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

PRESIDENTE

1ER VOCAL

2DO VOCAL

AB. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Universidad Técnica de Babahoyo

Papel Universitario
\$ 1,00

0272719

Doctor.

JOE ORDOÑEZ SÁNCHEZ

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA

De mis consideraciones

Al haber sido designada por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud,
Directora de Tesis del tema:

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ESTUDIO A REALIZAR EN EMBARAZADAS PRIMIGESTAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL AREA DE EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A MAYO DEL 2012. Cuyas autorías corresponden a las proponentes de la carrera de Obstetricia.

CRISTHIAN JONATHAN LEMA HIDALGO Y

MARÍA EUGENIA MANTILLA CASTILLO

A usted muy respetuosamente Certifico:

- a.- Haber dirigido y asesorado la Tesis de Grado en todas sus Fases Interactuantes del proceso Investigativo de Acuerdo al Cronograma de Actividades.
- b.- Que ha sido realizada según las exigencias metodológicas, técnicas y científicas para el Tercer Nivel Académico de la Carrera Terminal de Obstetricia, y
- c.- Que cumple con los requisitos del Reglamento de Grado y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, por lo que AUTORIZO SU PRESENTACION, SUSTENTACION Y DEFENSA.

Atentamente

OBST. VERÓNICA AGAMA CHICO

DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIA

A Dios:

Por darme La vida, sabiduría, fortaleza y
Sobre todo siempre has sido mi guía
y nunca eh sentido su soledad.

A mis padres:

Sr. Raúl Lema Mora

Sra. Amada Hidalgo Caicedo

Por darme la dicha de ser su hijo
y brindarme todo su esfuerzo y
Animo, porque a pesar de las dificultades
han sido mi apoyo y hemos logrado
uno de nuestros sueños
Gracias padres.

A mis hermanos:

Luis Carlos, Washintong Raúl,

Lorena Amada, Oscar Omar

Miguel Ángel por darme tu apoyo, comprensión

Y sobre todo brindarme tu confianza.

Cristhian Lema Hidalgo

DEDICATORIA

A Dios:

Por brindarme la dicha de la vida, por su infinita bondad, amor, y la oportunidad de haberme permitido culminar mi carrera y haberme dado salud para lograr mis objetivos; y siendo un apoyo incondicional para lograrlo ya que sin él no hubiera podido.

A mi familia: Ya que por ellos soy lo que soy.

A mi papá Miguel Mantilla, mi mamá María Castillo, mis hermanos: Angela y Juan; por su amor, cariño, perseverancia, por sus consejos, sus valores y por haberme apoyado en todo momento sin importar nuestras diferencias de opiniones y a pesar de los inconvenientes que hemos tenido.

A mi esposo:

Jesús Olmedo Quezada a ti mi amor, mi Bebote, por ser mi compañero y mi amigo incondicional, por estar conmigo en todo momento, por sus consejos y palabras de aliento en esos momentos difíciles, por su confianza, cariño, amor, paciencia, por su apoyo para seguir adelante para cumplir esta etapa en mi vida.

A mi amiga y Tutora de Tesis:

Obst. Verónica Agama por su gran ayuda para realizar la misma investigación.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”

María Mantilla Castillo

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre

Por ser la guía y
Luz en nuestro camino.

A Nuestros Padres

Por creer en nosotros y darnos su confianza
¡Dios Padre todo Poderoso
los bendiga hoy y siempre!

A la Universidad Técnica de Babahoyo:

Por los conocimientos brindados
Que nos han servido para nuestra formación
¡Gracias Maestros por su apoyo incondicional!

A nuestra tutora:

Obst. Verónica Agama Chico
por brindarnos su apoyo y consejos
durante toda nuestra carrera **Gracias maestra**

INDICE

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.- Campo Contextual Problemático	1
1.1 Contexto Nacional, Regional, Local e Institucional	1
1.2 Situación Actual del objetivo de Investigación	11
1.3 Formulación del Problema	13
1.3.1 Problema General	13
1.3.2 Problemas Derivados	13
1.4 Delimitación de la Investigación	13
1.5 Justificación	14
1.6 Objetivos	15
1.6.1 Objetivo General	15
1.6.2 Objetivos Específicos	15

CAPITULO II

2 Marco Teórico	16
2.1 Alternativas Teóricas Asumidas	16
2.2 Categoría De Análisis Teórico Conceptual	17
2.2.1 Adolescencia	17

2.2.2 Sexualidad en Adolescentes	19
2.2.3 Educación Sexual	21
2.2.4 Embarazo en Adolescentes	24
2.2.5 Factores Predisponentes del Embarazo en las Adolescentes	24
2.2.6 Prematuridad	31
2.2.7 Amenaza de Parto Prematuro	31
2.2.7.1 Clínica de la Amenaza de Parto Pretermino	32
2.2.7.2 Diagnostico Precoz de la Amenaza de Parto Pretermino	33
2.2.7.3 Factores de riesgos de Amenaza de Parto Pretermino	35
2.2.7.4 Evaluación de Gestantes que Acuden a Emergencia por Signos y Síntomas de Amenaza Parto	39
2.2.7.5 Tratamiento Antenatal de la Amenaza de Parto Pretermino	41
2.2.7.6 Contraindicaciones para Detener el Parto Prematuro	48
2.2.7.7 Atención del Parto Prematuro	49
2.2.7.8 Protocolo y Normas Maternas del Ministerio de Salud Pública en cuanto a la Amenaza de Parto Pretermino	51
2.3 Planteamiento de Hipótesis	54
2.3.1 Hipótesis General	54
2.3.2 Hipótesis Específicas	54
2.4 Operacionalización de las Hipótesis Específicas	55

CAPITULO III

3. Metodología	57
3.1 Tipo de Investigación	57
3.2 Universo y Muestra	58
3.3 Métodos y Técnicas de Recolección de Información	58
3.4 Procedimiento	58

CAPITULO IV

4. Análisis y Discusión de Resultados	59
4.1 Tabulación e Interpretación de Datos	59
4.2 Comprobación y Discusión de Hipótesis	69
4.3 Conclusión	70

CAPITULO V

5. Propuesta Alternativa	72
5.1 Presentación	72
5.2 Objetivos	73
5.2.1 Objetivo General	73
5.2.2 Objetivos Específicos	73
5.3 Contenidos	74

5.4 Descripción de los Aspectos Operativos de la Propuesta	74
5.5 Recursos	75
5.6 Cronograma de Ejecución de la Propuesta	76
CAPITULO VI	
6. Bibliografía	77
CAPITULO VII	
7. Anexos	79

INTRODUCCION

El embarazo a cualquier edad, constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia, que puede ser vivido de diferentes maneras según las características orgánicas, psicológicas y sociales de la gestante, razón por la cual este trabajo de tesis investigativo se especificara principalmente a las complicaciones que se presentan en la adolescente embarazada por primera vez, en el cual entregaremos datos estadísticos reales junto con información veraz acerca de la problemática.

Hay que tener en cuenta que la pérdida de un neonato (bebe) para una adolescente la cual no está preparada psicológica ni emocionalmente puede desencadenar una serie de inconvenientes y complicaciones en torno a su vida social y reproductiva.

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. En adolescentes, el embarazo, irrumpe en momentos en que todavía no se alcanza la madurez física y mental, y muchas en circunstancias adversas, como lo son, las carencias nutricionales u otras enfermedades, y un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

Dada que la adolescencia es un estado de inmadurez bio-fisiológica donde los órganos de su cuerpo no están desarrollados en su totalidad están expuestas a una serie de complicaciones durante y después del embarazo poniendo en riesgo la vida de su bebe y la de ella misma, al igual que su estado psicológico al verse afectado por el miedo y la inmadurez para afrontar con responsabilidad en lo que de ahora en adelante se verá inmersa.

La tasa de amenaza de parto pretermino como riesgo para desencadenar un parto prematuro en la adolescente y no adolescentes es de 20 a 30 % razón por la cual es imprescindible no tomar en cuenta métodos, teorías, avances tecnológicos para mantener y disminuir esta prevalencia.

CAPITULO I

1 CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1 CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL E INSTITUCIONAL

CONTEXTO NACIONAL

Ecuador (oficialmente República del Ecuador) es un país situado en la parte noroeste de América del sur. Ecuador limita al norte con Colombia, al sur y al este con Perú y al oeste con el Océano Pacífico el país tiene una extensión de 256.370km² y una población de más de 14 millones de personas. Ecuador es surcado de norte a sur por una sección volcánica de la cordillera de los Andes (70 volcanes, siendo el más alto el Chimborazo, con 6.310msnm). Al oeste de los Andes se presenta el Golfo de Guayaquil y una llanura boscosa; y al este la Amazonia. Es el país con la más alta concentración de ríos por kilómetro cuadrado en el mundo. En el territorio Ecuatoriano, que incluyen las Islas Galápagos 1.000 km al oeste de la costa, se encuentra la biodiversidad más densa del planeta.

Geografía

Ecuador se encuentra sobre la línea ecuatorial terrestre por lo cual su territorio se encuentra en ambos hemisferios. Comprende dos espacios distantes entre sí; el territorio continental al noroeste de América del Sur con algunas islas adyacentes a la costa y, el archipiélago o Provincia Insular de Galápagos, que se encuentra a casi 1.000 kilómetros de distancia del litoral Ecuatoriano en el Océano Pacífico.

Relieve

Las principales unidades de relieve ecuatoriano son la llanura costera al norte del Golfo de Guayaquil, la sección de Cordillera de los Andes en el centro del país y un extenso sector de la Llanura Amazónica ubicado al Oriente del país.

Hacia el suroeste se ubica el Golfo de Guayaquil, donde desemboca el río Guayas en el Océano Pacífico. Muy cerca de Quito, la capital, sobre la cordillera de los Andes, se alza el Cotopaxi, el volcán activo más alto del mundo. El punto más alto del Ecuador es el volcán Chimborazo, con 6.313 metros de altura sobre el nivel del mar y cuya cima es el lugar más lejano al núcleo de la tierra debido a la silueta elíptica del planeta.

Hidrografía

La cordillera andina es la división entre la cuenca hidrográfica del río Amazonas, que discurre hacia el este, y del Pacífico, que incluye de norte a sur los ríos: Mataje, Santiago, Esmeraldas, Chone, Guayas, Jubones y Puyango- Tumbes.

Clima

Debido a la presencia de la cordillera de los Andes y según la influencia del mar, el Ecuador continental se halla climatológicamente fragmentado en diversos sectores. Además, a causa de su ubicación tropical, cada zona climática presenta solo dos estaciones definidas: húmeda y seca.

Tanto en la Costa como en el Oriente la temperatura oscila entre los 20°C y 33°C, mientras que en la sierra, esta suele estar entre los 8°C y 26°C. La estación húmeda se extiende entre Diciembre y Mayo en la costa, entre Noviembre a Abril en la sierra y de Enero a Septiembre en la Amazonia. Galápagos tiene un clima más bien templado y su temperatura oscila entre 22 y 32 grados Celsius, aproximadamente. Estas estaciones húmedas y secas causan en cada región del país diferentes estaciones climáticas diferentes.

Así mientras que en Enero a Marzo es principalmente verano y una mayor temporada de playa en toda la región litoral o costa Ecuatoriana así como en la Amazonia; en la sierra en esos mismos meses es temporada de invierno y mayor número de días nublados. Del modo contrario de Julio a Septiembre, en la Amazonia, en la costa o litoral es invierno, para incluso algunas playas mayormente en la Provincia de Esmeraldas con un clima más moderado siguen siendo disfrutadas, en otras como Salinas son claramente frías. Mientras que en la sierra en esos meses tendremos el verano, con días calurosos y mucho sol.

Idioma

El idioma oficial y de relación intercultural es el español, con sus peculiaridades y modismos propios de cada zona o región. El quichua, el shuar, el tsáfiqui y “demás idiomas ancestrales son de uso oficial para los pueblos indígenas, en los términos que fija la ley”.

Sector Salud

En el sector salud, por su clima y ubicación, la Provincia de Los Ríos presenta un ambiente propenso a la aparición de enfermedades de todo tipo.

Las condiciones básicas en las que desarrolla su vida la población manifiestan un estado deficitario en la salud de las familias de la provincia.

Sumado a ello, el hecho de que no existente suficientes establecimientos públicos para cubrir con las demás de la población.

Ecuador posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región sub Andina, pues dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. De estas, el 45% no estudia, ni trabaja. La Encuesta Demográfica y de salud Materno- Infantil sostiene que en el país, dos de cada 10 adolescentes que tienen relaciones sexuales iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años. Ante esta realidad, las autoridades de Salud intensifican las campañas de prevención de embarazos prematuros y enfermedades infectocontagiosas como el VIH – SIDA, sexualidad sin misterios (Habla Serio).

La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es de 74%, y en mayores de 15 años es del 9%. La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es más alta de la subregión Andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivo.

CONTEXTO REGIONAL

En cuanto a la Provincia de Los Ríos es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, constituye la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria localizada en la región litoral del país. Su capital es la Ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es

uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 778.115 habitantes.

Ocupa la parte central del litoral del país y limita con las Provincias de Guayas, Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí, Cotopaxi y Bolívar.

Según el último ordenamiento territorial, la Provincia de Los Ríos pertenece a la región comprendida también por las Provincias de Bolívar, Guayas y Santa Elena.

CONTEXTO LOCAL

Babahoyo capital de la Provincia y lugar donde se llevara a cabo el presente Proyecto tiene una densidad demográfica de 153.776 habitantes de los cuales 75.809 son hombres y 77.967 mujeres.

Los límites de la ciudad son:

Al norte: El cantón Catarama.

Al sur: La Provincia del Guayas y el rio Chilintomo.

Al este: El cantón Montalvo y la Provincia de Bolívar.

Al oeste: El cantón Baba, el Rio Pueblo viejo, el estero San Antonio y el Rio Babahoyo.

Babahoyo cuenta con una extensión de aproximadamente 1076.1Km/2

CONTEXTO INSTITUCIONAL

HOSPITAL PROVINCIAL MARTIN ICAZA

En el sector de la salud, Babahoyo cuenta con la principal unidad hospitalaria de la provincia, que es el Hospital Martín Icaza Roldós, que funciona en su actual local desde el año 1930 y a lo largo de su historia ha sufrido modificaciones y remodelaciones en infraestructura a fin de cubrir la alta demanda de pacientes que se atienden no solo de la Provincia de Los Ríos, sino también de Bolívar y Guayas, por ser un Hospital de referencia, según los avances científicos y el crecimiento poblacional. Este hospital ofrece servicios de Medicina General, Gineco- Obstetricia, Cardiología, Odontología, Cirugía, Pediatría, Traumatología, Fisiatría, Clínica de VIH, Hemoteca y Banco de Leche Humana.

Adicionalmente en la ciudad existen 10 clínicas privadas y 2 politécnicos; de igual manera se encuentran Subcentros de Salud en algunos sectores del casco urbano y periférico, con lo que se trata de subsanar la alta demanda de la población respecto a servicios en salud.

La salud considerada como el componente fundamental de la calidad de vida y bienestar social plantea la obligación del estado en responsabilidad con el individuo las familias y las comunidades, en un marco integral que comprende no solo los servicios de atención médica sino las acciones de protección ambiental, saneamiento básico, alimentación y nutrición, salud mental, y laboral, vivienda, educación, etc.

El Estado garantizará el derecho de la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo en la alimentación, la provisión de agua potable y saneamiento básico, fomentando ambientes saludables en los aspectos familiares, laboral y comunitario, propendiendo a la posibilidad de un acceso permanente a los servicios de salud, de acuerdo a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

En este marco, el Hospital Martín Icaza, se hace eco de lo que define la OMS como Salud: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad” y presenta su Plan Estratégico que permita racionalizar recursos, priorizar objetivos, definir metas, estrategias e indicadores de logro, contribuyendo todos hacia el cumplimiento de la misión y visión institucional, determinando y definiendo una escala de valores así como factores claves de éxito como fundamentos motivacionales de los equipos de trabajo con liderazgo colectivo.

Misión

Promover y mejorar las condiciones de salud integral a la población mediante acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, la provisión de servicios de calidad, el financiamiento para dar acceso equitativo a los servicios de salud de los sectores de riesgo.

Mejorar los servicios médicos ofreciendo a las clases menos favorecidas dar atención medica con mística de trabajo, con profesionalismo y eficiencia, con la finalidad de reducir la morbi-mortalidad.

Visión

La meta para el 2013, es Proporcionar atención Medica de carácter preventivo y curativo y de rehabilitación; en forma oportuna, personalizada de calidad; con el accionar de actores capacitados y comprometidos, contando con equipos de última tecnología lo que permitirá alcanzar eficientemente los objetivos Institucionales.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Datos de la Universidad Técnica de Babahoyo

- **Página Web:** <http://www.utb.edu.ec/>
- **Dirección:** Cda. Universitaria s/n, Babahoyo
- **Teléfono:** 05 273-0587 / 273-5269
- **Rector:** Ing. Bolívar Lupera
- **Email:** rectorado@utb.edu.ec
- **Modalidad de Estudios:** Presencial – Semipresencial – A Distancia

Misión

La Universidad Técnica de Babahoyo es un centro de estudios superiores que genera, aplica y difunde la formación del talento humano a través del ejercicio docente, la investigación y la vinculación con la comunidad, promoviendo, de esta manera el progreso crecimiento y desarrollo sostenido y sustentable del país, con el propósito de elevar la calidad de vida de la Sociedad.

Visión

Hasta el 2013, la UTB será un centro de formación superior con liderazgo, proyección y acreditación nacional e internacional, integrada al desarrollo académico, tecnológico, científico, cultural, social, ambiental y productivo; comprometido con la innovación, el emprendimiento y el cultivo de los valores morales, éticos y cívicos.

UTB. Un Gran Anhelado Hecho Realidad:

Voces jóvenes reclamaban una Universidad para Babahoyo. La prensa escrita y los radios de la localidad se hacían eco de este clamor que exigía respuestas positivas a inquietudes soñadoras de utopías.

Los años corrían vertiginosos, la desesperanza crecía, no se vislumbraba ninguna posibilidad de tener en la ciudad de Babahoyo un centro de educación superior donde los jóvenes bachilleres adquirieran un título profesional. Aspirar a una de las universidades de Guayaquil, era imposible. Viajar al puerto principal de la costa ecuatoriana, en lanchas de bajo calado, demoraba seis horas, aproximadamente, dependiendo de la marea del río, pocos lograban vencer estos obstáculos quizás por tener familias asentadas en Guayaquil o contar con los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos.

El Dr. José María Velasco Ibarra, Presidente del Ecuador, llegó a Babahoyo el 27 de mayo de 1971 para solemnizar un nuevo Aniversario de Fundación de la ciudad, varios prestantes ciudadanos, saliéndose del protocolo, interrumpen la Sesión Solemne y solicitan al Mandatario crear en Babahoyo una Universidad Agraria como justo reconocimiento a una Provincia netamente agrícola pero totalmente relegada. El Presidente, sensible al clamor de todo un pueblo, se compromete a analizar lo solicitado y dar una respuesta en el menor tiempo posible.

El 5 de octubre de 1971, la ciudad despertó alborozada al conocer que en esta fecha el Dr. José María Velasco Ibarra, Presidente del Ecuador, había firmado el Decreto 1508, cuyo texto en lo pertinente, dice: "... Art. 1.- Créase la Universidad Técnica de Babahoyo con las Facultades de Ingeniería Agronómica, Medicina Veterinaria y Ciencias de la Educación, cuya sede será la ciudad de Babahoyo.- Art. 2.- Serán rentas de la Universidad Técnica de Babahoyo: las que constarán en el Presupuesto General del Estado a partir de 1972

La Universidad Técnica de Babahoyo fue creada por Decreto Ejecutivo emitido el 5 de Octubre de 1972 por el Presidente Dr. José María Velasco Ibarra. En sus inicios contaba con 2 facultades: Ciencias de la educación e Ingeniería Agronómica.

En la década de los ochenta, se desarrolla la infraestructura física de la universidad, incrementándose la capacidad para cubrir la alta demanda de matrículas: se apertura nuevas ofertas académicas en ambas facultades: En Ciencias de la Educación se crean las carreras de Psicología Educativa y Clínica, Educación Vocacional y a finales de la década se dio la apertura de la Escuela de Comunicación Social. En la Facultad de Ingeniería Agronómica se crearon las carreras de Riego y Drenaje, Topografía, Mecanización Agrícola y Zootécnica.

El 21 de julio de 1983 se aprobó el primer Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Rector representante de la Universidad Técnica de Babahoyo, Ing. Agr. MBA. Bolívar Lupera Icaza, (1979 – 1983, 1983 – 1988, 1988 – 1993, 2003 – 2008, 2008 - 2013)

En la actualidad la Universidad Técnica de Babahoyo cuenta con las siguientes Unidades Académicas: Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de Educación, Facultad de Administración, Finanzas e Informática, Facultad de Ciencias Agropecuarias y Facultad de Ciencias de la Salud.

Facultad de Ciencias de la Salud

Fue creada el 22 de Septiembre de 1997, cuenta con tres escuelas: Enfermería, Tecnología Médica con especialidades en Terapia Física y Terapia Respiratoria; y la Escuela de Obstetricia.

La actual infraestructura de la Facultad ha mejorado considerablemente en relación con la de sus inicios, actualmente posee edificio propio, moderno y funcional y ha sido dotada con equipos informáticos para optimizar los procesos administrativos

Escuela de Obstetricia

Fue creada el 16 de Mayo del 2000 y en esta fecha inicia sus actividades académicas, quedando estructurada en cinco años de estudio con tres áreas generales:

Obstetricia, Medicina Interna y el Área humanística y Social.

1.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

Actualmente Ecuador cuenta con la tasa más alta de embarazos en adolescentes de toda la región andina.

Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA, 2008) más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos.

La prematuridad continúa siendo la causa más frecuente de muerte neonatal en nuestro país. Existen factores predisponentes para que ocurra la amenaza parto prematuro (APP) (factores: maternos, fetales, placentarios y uterinos) como: la historia y antecedentes personales, complicaciones concomitantes con el embarazo, complicaciones obstétricas, aparato genital y otros. La infección amniótica aparece como un factor que empeora el pronóstico de la amenaza de parto prematuro.

El nacimiento pretermino afecta aproximadamente el 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. La prematurez continua siendo la mayor causa de

morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. La mayor parte de los nacimientos pretérminos ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa en la morbilidad y mortalidad perinatales. La normalización de la amenaza de parto prematuro permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica.

La etiopatogenia permanece desconocida, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placenta, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedente de prematuridad, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabaquismo y drogas, desnutrición, enfermedades maternas hipertensivas y pre-eclampsia, infecciones maternas, multigestación, fertilización asistida, intervencionismo, etc.

Recientemente, el papel del feto en la iniciación del parto se ha reconocido, de una manera simplista se plantea que el feto al reconocer que su medio ambiente se ha hecho hostil precipita el parto.

Estos hechos han contribuido a complicar la concepción de la etiología, conducta y tratamiento de la amenaza de parto prematuro. El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico de la salud pública de gran envergadura, es por esto que creemos que el enfoque de riesgo y la cadena de prevención son de gran interés para su estudio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la incidencia de amenaza de parto pretermino en primigestas adolescentes que acuden a la consulta Gineco Obstétrica del Hospital Martin Icaza?

1.3.2 PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿El deficiente control prenatal precoz y eficaz conlleva al incremento de la Alta Tasa de Amenaza de Parto Pretermino?
- ¿Cómo influye La Inmadurez psicosocial de las primigestas adolescentes en la Amenaza de Parto Pretermino?
- ¿Con que frecuencia las primigestas Adolescentes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretermino cursaban con infección de Vías Urinarias?

1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto de tesis tipo investigativo se realizara en el área de Emergencia Gineco-Obstétrica del Hospital Martin Icaza de la Ciudad de Babahoyo en el periodo de Septiembre del 2011 a Mayo del 2012.

1.5 JUSTIFICACIÓN

En Ecuador cientos de adolescentes cada año quedan embarazadas, a menudo con resultados trágicos como: complicaciones médicas, Aborto Ilegal, Muerte Materna, Niños Abandonados, Educación Interrumpida y aun suicidio. La tasa de fecundidad es de 152 nacimiento por cada mil mujeres adolescentes, siendo la más alta en América Latina.

El embarazo en adolescentes es de alto riesgo por diversas complicaciones maternas y perinatales dentro de los cuales implica el nacimiento pretermino con una tasa de 60-80% de mortalidad natal en la población general.

La frecuencia total de nacimientos pretérminos es de 7-11% aumentando en las mujeres menores de 20 años en razón de 7-21.3%.

Las adolescentes menores de 17 años de edad tienen mayor riesgo de y tasa más alta de prematuridad.

El parto prematuro comprende una principal e importante causa de morbimortalidad materna-neonatal. Constituyendo así a más de un problema de salud, un problema económico y social que afecta a familias y a los gobiernos, entre las principales que lo integran son las adolescentes de parto prematuro.

La prevención del Parto pretermino está dirigida principalmente a: reducir los factores de riesgos y también mejorar la calidad de vida, incrementando el conocimiento por medio de programas los cuales por las estadísticas se puede apreciar su baja obtención de resultados satisfactorios.

En el país actualmente los estudios realizados en adolescentes son de tipo descriptivo y no analítico, donde se refleja en frecuencias algunos aspectos del embarazo tales como; atención prenatal, complicaciones del embarazo, así como las consecuencias sociales y emocionales de este.

Con este estudio se pretende establecer los factores maternos y obstétricos que inciden en la amenaza de parto pretermino que se presenta en las primigestas adolescentes. Se considera de gran importancia la determinación de los factores de riesgo que afectan a este grupo etareo, para incidir en ellos y contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal en nuestro hospital y el resto del país, mejorando de esta forma la calidad del servicio de salud que se ofrece.

Se debe tener en cuenta que en dicha entidad no se ha realizado un estudio exhaustivo y determinante para establecer medidas de prevención hacia la problemática que nos enfrentamos.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de amenaza de parto pretermino en primigestas adolescentes que acuden a la consulta Gineco obstétrica del hospital Martin Icaza.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer si el deficiente control prenatal precoz y eficaz conlleva al incremento de la Alta Tasa de Amenaza de Parto Pretermino.
- Determinar si la Inmadurez Psicosocial propia de la adolescencia influyen en la Amenaza de Parto Pretermino en las adolescentes.
- Identificar la influencia de la Infección de Vías Urinarias en la Alta Tasa de Amenaza de Parto Pretermino en Primigestas Adolescentes.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ALTERNATIVAS TEÓRICAS ASUMIDAS

Para la realización del presente documento se escogió un modelo socio económico. A continuación realizamos el siguiente planteamiento, cual es la incidencia de Amenaza de Parto Pretermino en Primigestas Adolescentes, nos dirigiremos a los principales factores de riesgos que se encuentren en la muestra escogida para el presente estudio, teniendo en cuenta su nivel económico, su tipo de control prenatal, y el medio en que se encuentran involucradas, dentro de esta investigación se determinara por medio del conocimiento deductivo y calificativo la población más afectada, y junto con el conocimiento científico para la realización de alternativas en busca de una solución eficaz, para los cuales nos vemos obligados a la búsqueda de información verídica y veraz razón por la cual creemos que esta alternativa facilitara la investigación y así obtener los resultados esperados.

2.2 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL

Según investigaciones en la adolescencia tardía la amenaza de parto pretermino afecta aproximadamente al 72,09% de las gestantes. La adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

La mortalidad perinatal tiene un índice elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

El parto prematuro es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérminos alcanza el 36%.

2.2.1 Adolescencia

El vocablo “adolescencia” deriva de la voz latina “adolece” que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Esta etapa comprende edades muy variables de un niño a otro, pero se acepta como intervalos aproximados los 10 y 19 años. La “pubertad” describe una de las fases de la adolescencia, la encargada del desarrollo de la capacidad de procrear que se inicia con la primera emisión de líquido seminal en el varón, y con la menarca en la mujer. Las líneas de desarrollo tienen lugar dentro de tres períodos de la adolescencia:

o – **Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

o – **Adolescencia media (14 a 16 años)**

es la adolescencia propiamente dicha, cuando a completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos. Para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgos.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

o – **Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

El desarrollo que tiene lugar en la adolescencia es, por lo general desigual, ya que la madurez física puede alcanzarse mucho antes que la madurez psicológica o social; en la mayoría de las sociedades, de hecho, la capacidad reproductora comienza actualmente a una edad más temprana que en el pasado.

2.2.2 Sexualidad en Adolescentes

Un Tema Que Se Debe Enfrentar Con Información

Cifras alarmantes como el aumento de un 74% de embarazos adolescentes (entre 2000 y 2010) y los 14 años como el inicio de la vida sexual entre los ecuatorianos, es un jalón de oreja para los padres y adultos. Aunque usen uniforme "escolar", un gran porcentaje los chicos y chicas menores de 17 años llevan una vida sexual activa.

Con gran rapidez, el video de un grupo de chicas y chicos de colegios públicos de Guayaquil se coló por las redes sociales meses atrás. Un baile sensual, que rebasaba el límite de lo sugerente, hizo escandalizar a padres, autoridades y medios de comunicación. Pero, más allá del remezón (un poco exagerado), el país debió bajar la cabeza y reflexionar... y empezar a escuchar a los adolescentes para comprender su realidad.

El embarazo de menores de 17 años aumentó en un 74% desde el 2000 al 2010, según cifras del Ministerio de Salud. Este tema generó la preocupación del mismo presidente, Rafael Correa, quien en una de sus cadenas sabatinas lo mencionó “De cada cinco embarazos en el Ecuador, uno es de adolescentes ¿Una niña de 16 años está preparada para ser madre? Cómo se le complica la vida y, además, sigue teniendo hijos”.

Pero no sería justo pensar que esta situación se limita a los estratos populares. Según indicadores que reveló el Ministerio de Salud, a los 14 años los jóvenes inician su vida sexual. ¿Motivaciones? Estos indicadores no suelen revelarlas, y es simplista asegurar que se trate de amor, placer o curiosidad.

Para Nicole Carrión, columnista de sexualidad, quiteña radicada en España, estamos viviendo “la era sexual”, y señala que el tema es tabú, lo que provoca que en casa los padres no conversen con sus hijos sobre el tema. “Pero los chicos investigan, tienen curiosidad sobre sexo, sobre tener relaciones y experimentar cosas nuevas”.

El psiquiatra Ricardo Capponi, autor del libro “Sexualidad sana: ¿Qué y cómo enseñar a los hijos”, se refirió al tema desde la “liberalidad”, pues en sus palabras, esta provoca que “exista una disociación del sexo con el afecto y que podría traer consecuencias”.

Señala que prácticas como el sexo oral toman fuerza entre los y las jóvenes. “Mantener la integridad anatómica del himen es un punto de preocupación para ellas, sienten que es un sinónimo de pureza. De esta forma, el concepto de virginidad de descontextualiza”, destaca la ginecóloga Andrea Schilling.

Para el sexólogo Rodrigo Jarpa, en tanto, es un claro reflejo de que a pesar de que los adolescentes estén más desinhibidos, aún existe el tema de la sexualidad asociado a la culpa, por lo que evitar la pérdida de virginidad continúa siendo importante.

Capponi no titubea al señalar que este actual concepto de virginidad es un infantilismo, cuya raíz está en la educación. Según el especialista, los programas basados en la abstinencia son los que desatan finalmente estas prácticas.

Otro argumento por el cual los jóvenes las prefieren es porque evitan el embarazo. “Nuestra cultura relaciona la actividad sexual con los embarazos, entonces el tener otro tipo de actividad sexual que no implica la procreación, los hace sentir aún vírgenes”, explica Andrea Schilling.

Pero no solo este concepto de pureza es lo que ha irrumpido en el nuevo escenario sexual adolescente. Mantener relaciones con pares del mismo sexo, lentamente ha tomado fuerza. Aun así, hay coincidencia en los especialistas al señalar que son actos que no determinan una orientación sexual a futuro, sino que más bien tiene que ver con la búsqueda de identidad.

Aunque Rodrigo Jarpa indica que es parte de la adolescencia cuestionarse y que fantasear o incluso tener encuentros homosexuales cada cierto tiempo, tampoco define si una persona será o no homosexual en la adultez.

2.2.3 Educación Sexual

La coordinadora de Adolescencia del Ministerio de Salud del Ecuador, Susana Guijarro, señala que existe un plan del Gobierno para impulsar la educación sexual entre los jóvenes, con un enfoque que busca derribar algunos mitos, como los señalados anteriormente. Además de disminuir los índices de embarazo adolescente. “Hay muchas clases de educación sexual, algunas están basadas en la negación de la sexualidad de los jóvenes, pero nosotros como técnicos partimos de los indicadores que nos dicen que la mayoría de adolescentes y jóvenes ecuatorianos está teniendo una vida sexual activa. La educación sexual en la que nosotros creemos es la que impulsa el desarrollo humano, que permite a los jóvenes decidir teniendo las cosas claras”.

Señala además que hay “rótulos” relacionados a la parte anatómica y fisiológica a la hora de referirse a la educación sexual “pero los jóvenes necesitan tener un proyecto de vida, decidir qué quiero hacer sin correr el riesgo de que mi proyecto de vida se retrase por un embarazo que no ha sido planificado”.

Frente a esto, ¿cuál es el desafío de los padres?, ¿cómo abordar la sexualidad de sus hijos? Nicole Carrión asegura que los padres son los llamados a dar una información adecuada a sus hijos sobre el tema “deben hacerles ver que es un tema natural, además de motivarlos a prevenir la transmisión de enfermedades venéreas y embarazos”. La idea es romper el tabú, sin dejar de lado los valores, según Carrión “no podemos ir en contra de las creencias religiosas, pero tampoco hay que dejar de hablar del tema”, explica.

A la consulta de la ginecóloga Andrea Schilling, todas las semanas llega al menos una adolescente con una patología producida por contagio. “Lo que más estamos viendo son casos con clamidia, que es la bacteria más frecuente en el mundo, e infecciones por virus de papiloma humano”, comenta.

Los expertos creen que además de ignorancia, aún los jóvenes no tienen la madurez para protegerse de embarazos no deseados, pero por sobre todo, de enfermedades venéreas. Y es que claro, para muchos de ellos la consigna es “a mí no me va a pasar”. De hecho, un reciente estudio arrojó una conclusión preocupante: el 36% de los adolescentes que no usó anticonceptivos en su última relación sexual se justifica diciendo que fue una situación inesperada.

Y es que las confusiones o preguntas no resueltas con respuestas aclaratorias y verdaderas los hacen aún más susceptibles. Por ejemplo, muchas de ellas optan por relaciones sin penetración vaginal, creyendo que así no se contagian de enfermedades. De hecho, algunos llegan a especialistas creyendo que tienen un fuerte caso de amigdalitis y en realidad están con gonorrea en la garganta.

Lo mismo ocurre a la hora de hablar de prevenir los embarazos y la doctora Schilling explica que uno de los principales mitos es que piensan que no se pueden embarazar si no hay una relación sexual penetrativa profunda. También hay muchas que creen que es imposible quedar embarazada en la primera relación sexual.

El factor ignorancia no es el único problema. También lo es la inmadurez y cuando ya hablan de pastillas anticonceptivas, por lo general sus inquietudes no tienen que ver con desarrollar cáncer o quedar infértiles, sino que se centran en si van a engordar o no.

No “hacerse el loco” y enfrentar la sexualidad con información.

Tratar de esperar lo más posible es el consejo que principalmente entregan los médicos de diferentes ramas a la hora de hablar sobre la iniciación sexual. Para muchos es absolutamente distinto comenzar a los 15 años que a los 18 o 20. Aseguran que no es por un tema de pensar que todo es pecado, sino que más bien tiene que ver con elegir libremente lo que necesitan y quieren, sin miedos de ningún tipo y en plena conciencia.

Para Schilling, también es clave no cegarse y negarse ante la realidad. “Hay mamás que piensan que no llevarán a sus hijas a una ginecóloga porque creen que si les dan pastillas anticonceptivas se van a liberar, siendo que comienzan a tener relaciones independientemente de si están tomando pastillas o no. Mucho mejor es prevenir que lamentar. Por otro lado, hablar de riesgos de enfermedades tampoco implica que van a aumentar las relaciones”.

Debemos saber cómo llegar a los jóvenes y en qué momento de sus vidas? Y romper los prejuicios que hacen de la sexualidad, aún hoy, un tema escabroso que trae tristes

consecuencias, como la propagación de enfermedades venéreas y que 1 de cada 5 embarazos en el Ecuador, sea de menores de 17 años.

2.2.4 Embarazo En Adolescentes

Debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal adecuado y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de parto pretermino.

2.2.5 Factores Predisponentes Del Embarazo En Las Adolescentes

Los factores de riesgos son aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociados con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. A continuación se enumeran los factores de riesgo que se presentan en la adolescente y que favorecen el embarazo precoz o se asocian con él:

a). Factores Individuales

- Personalidad inestable
- Baja autoestima
- Falta de actitud preventiva
- Menarquia precoz
- Abuso de sustancias
- Bajo nivel educativo

- Ignorancia de su propia fisiología
- Curiosidad sexual

b). Factores Familiares

- Inestabilidad y conflictos familiares
- Embarazo de una hermana cuando era adolescente
- Madre con historia de embarazo adolescente
- Familia con poca comunicación entre padres e hijos, donde los problemas sexuales no se discuten, o se discuten en forma distorsionada.
- Vínculo más estrecho con el padre

c). Factores Sociales

- Proveniencia de un nivel socioeconómico bajo
- Situación social carente de oportunidades reales de progreso
- Disminución del valor de la virginidad como pre-requisito para el matrimonio
- Machismo como valor cultural
- Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad y en los medios masivos de comunicación.
- Trabajo no calificado
- Vivir en área rural

La Organización Panamericana de la Salud También Relaciona Ciertos Factores de Riesgo Asociados a la Edad en la Adolescente Gestante

- Edad: Menor de 17 años
- Estatura: Menor de 1.50 mts
- Estado Civil: Soltera o sin compañero estable
- Peso Inicial: Menor de 45 Kg.
- Ganancia de Peso: Menos de 8 Kg. durante todo el embarazo
- Educación: Analfabetismo

Comportamiento

- Hábito de fumar
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Actitud negativa hacia el embarazo

Aspecto Socioeconómico

- Ingreso familiar por debajo de la pobreza crítica
- Embarazo producto de abuso sexual

Atención De Salud

- Poca accesibilidad a los servicios

El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública. El período de gestación normal para los humanos es de aproximadamente 40 semanas. Algunos bebés nacen antes de éstas, cualquier parto que ocurre más de tres semanas antes de la fecha de parto, o antes de las 37 semanas, se define como parto prematuro. Según la Organización Mundial de la Salud el Parto prematuro se define como, "parto de un nacido vivo o muerto que tiene lugar después de la semana 20 y antes de las 32 semanas completas de edad gestacional" .o antes de las 37 semanas cumplidas de gestación.

La prematurez continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido es por eso que el parto prematuro es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. El parto prematuro y la rotura prematura de membranas son los responsables de aproximadamente el

80% de los nacimientos prematuros; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales.

Por otro lado la amenaza de parto prematuro se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 28 hasta las 36 semanas de gestación, que se caracteriza por la frecuencia de 1 contracción cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.

No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto prematuro. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto prematuro, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20 - 30%).

La amenaza de parto prematuro puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, se desconoce la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios) que explique la aparición de la dinámica.

En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo por ejemplo: pielonefritis y apendicitis. Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intraamniótica subyacente, desencadenante del cuadro. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de amenaza de parto prematuro, la identificación de ésta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos.

Algunos factores de riesgo son bien conocidos: antecedentes de parto prematuro o aborto tardío, embarazo múltiple, bajo peso antes del embarazo, aumento insuficiente del peso corporal durante el embarazo, edad menor de 20 ó mayor de 35 años, ocupación que requiere esfuerzo físico intenso o estar de pie durante largos períodos y nivel socioeconómico bajo.

Un embarazo no planeado durante la adolescencia tiene muchas consecuencias físicas, emocionales, sociales en la madre, en el padre, para el hijo y como pareja.

La adolescencia es una etapa de la vida, que transcurre entre los 10 y los 19 años, periodo en que empiezan a desarrollarse todas las funciones sexuales favorecidas por la producción de hormonas que permiten la maduración de los órganos sexuales tanto femenino como masculino incluyendo las células sexuales femenina u óvulo y masculina o espermatozoide.

Durante esta etapa por lógica, el organismo humano tiene requerimientos especiales que van desde los que le permitan un adecuado crecimiento como: alimentación, descanso y ejercicio físico; requerimientos materiales, como el vestido o los zapatos, que por el crecimiento deben cambiarse frecuentemente; emocionales que surgen ante la atracción sexual y las nuevas sensaciones y los sociales que permiten consolidar sentimientos, relaciones y amistades.

Físicamente

Porque como la madre adolescente todavía está el proceso de crecimiento y desarrollo, un embarazo, que es un suceso que normalmente cambia todas las funciones del cuerpo de una mujer, requiere de mejor alimentación, tranquilidad, y puede ocasionar problemas como:

- Detención del crecimiento, ya que las proteínas destinadas solamente para la madre, ahora se tienen que compartir con el hijo.
- Anemia, desnutrición y toxemia del embarazo.
- Aumento de la mortalidad materna.
- Mayor riesgo de abortos espontáneos y nacimientos prematuros o complicaciones durante el parto, por falta de madurez sexual.

- Aumenta la probabilidad de tener más hijos, ya que al empezar jóvenes a tener relaciones sexuales, es más fácil que los hijos se sucedan rápidamente.
- Aumenta la posibilidad de tener más relaciones sexuales, seguidas, con frecuencia con varias parejas, lo que además aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Emocionalmente

Ya que se está en un proceso de identidad, que lleva a brincarse un paso muy importante, la auto aceptación como mujer, con los cambios del cuerpo y funciones nuevas por una figura prematura de mujer embarazada.

- También conlleva a problemas de autoestima y frustraciones personales y sociales.
- Deserción escolar, abandono o cambio de un proyecto de vida profesional.
- Dificultad para educar con cariño al bebé.
- Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono por parte de su compañero.
- Rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio y críticas si es aun estando casada.

Para el Padre, Un Embarazo Representa

- Mayor frecuencia de deserción escolar.
- Trabajar y recibir un menor nivel de ingresos que los demás de su misma edad.
- Una tasa más alta de divorcios.
- Aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por falta de recursos, por tener que trabajar en lugar de estudiar, por el abandono a los amigos y por falta de tiempo para divertirse.

- Tener que actuar como adulto, cuando todavía debe gozar y vivir como adolescente.

Para el Hijo

Que nace de forma no esperada en la adolescencia, generalmente tiene muchos riesgos como:

- Nacer con alguna deficiencia física y mental, fundamentalmente debido a la falta de inmadurez en las células sexuales femenina o masculina.
- Nacer prematuramente y con bajo peso, lo que influye en el desarrollo de más enfermedades infecciosas.
- Ser dado en adopción y en muchos casos abandonado, lo que implica un enorme costo emocional y una gran injusticia para el bebé.
- No ser esperado o deseado por sus padres, lo que va a repercutir en su desarrollo emocional y en el trato que va a recibir.
- Tener menos oportunidades de una vida digna, un hogar propio y todas sus necesidades de vestido, alimento, educación, salud, recreación, cubiertas.

Como Pareja

Al verse obligados a formar una pareja, la violencia, los reproches, los chantajes o los celos, impedirán que su unión sea estable y permanente, lo que ocasiona también que al separarse tengan problemas de estabilidad emocional con cualquier otra persona.

- Interrupción de su vida adolescente.
- Dificultad para independizarse económicamente, quedando expuestos a la explotación, violencia y dependencia familiar, con todas sus consecuencias.

2.2.6 Prematuridad

Frecuencia y Morbimortalidad

El bajo peso al nacer (< 2500g) presenta en América Latina una incidencia de alrededor del 9 % del total de los nacimientos institucionales y está presente en más del 75% de los niños que mueren en el periodo neonatal. De estos neonatos de bajo peso entre el 40 y el 70% son de pretermino y con un peso adecuado para su edad gestacional. La otra parte de los nacidos con bajo peso entre el 30 y 60% corresponden a los retardos el crecimiento intrauterino o malnutridos fetales.

Los nacidos de bajo peso al nacer tienen, con frecuencia, graves problemas para la adaptación a la vida extrauterina. La depresión al nacer (puntaje de apgar al 5° minuto) es 11 veces mayor por otra parte entre un 10 y un 20% de nacidos de pretermino presentan en las primeras horas de vida un cuadro de dificultad respiratoria, también llamado membrana hialina, ocasionado por inmadurez de sus pulmones, la hipoxia que provoca esta enfermedad es responsable del 20 al 30% y otra serie de complicaciones no menos graves.

2.2.7 Amenaza De Parto Prematuro

Definición

Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3cm, entre las 28 y 36,6 semanas de gestación.

La prematuridad es una de las principales causas de morbilidad neonatal y responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces. En España, la tasa de prematuridad es del 9,5% del total de nacimientos.

El parto pretermino se define como aquel que ocurre antes de la semana 37 de gestación. Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultanea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales.

La amenaza de parto pretermino (APP) es un proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando este fracasa, puede conducir a un parto pretermino. La hospitalización por Amenaza de Parto Pretermino supone gran parte de los costos asociados al cuidado prenataly es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto. Por tanto, la Amenaza Parto Preterminosería el último escalón en la prevención de la prematuridad.

2.2.7.1 Clínica De La Amenaza De Parto Pretermino

La sintomatología de la Amenaza de Parto Pretermino suele ser imprecisa, pudiendo la gestante referir molestiasabdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas ohemorragia escasa.

No existe ningún patrón de dinámica uterina específico de la Amenaza de Parto Pretermino, pero lascontracciones han de ser persistentes en el tiempo y regulares, para diferenciarlas de las contracciones que de forma habitual aparecen en el transcurso de la gestación.

En una gestación amenazada de interrupción prematura, las medidas a tomar pueden ser diferentes según que el feto presente un crecimiento adecuado o retardo para su edad gestacional.

En la amenaza de parto o parto prematuro,la oportunidad de aplicar un tratamiento antenatal en el parto prematuro ha sido revisada por el programa colaborativo latinoamericano del CLAP-OPS-OMS la población estudiada era de nivel social económico educativo bajo con insuficiente cobertura de control durante el embarazo.

El 35% de las madres que terminaron con un parto prematuro presentaron al momento de su ingreso a la maternidad un cuadro de amenaza de parto pretermino, en etapa inicial sin condiciones limitantes para intentar la detención del parto.

Se ha demostrado la conveniencia de la aplicación precoz y sistemática de una conducta diagnóstica y terapéutica normatizada para prevenir el parto prematuro y, en el caso de que este se produzca para asistir en forma apropiada el parto y el recién nacido.

2.2.7.2 Diagnostico Precoz De La Amenaza De Parto Pretermino

Se basa en tres pilares: la edad del embarazo, las características de las contracciones y el estado del cuello uterino. Cuando estos signos y síntomas no son del todo evidente, el diagnostico se refuerza ante la presencia de factores que elevan el riesgo de prematuridad (partos previos de pretérminos, infecciones urinaria, rotura prematura de membranas, etc.).

La edad del embarazo oscila entre las 28 y 36 semanas de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos y paraclínicos que confirmen la edad gestacional. Cuando hay duda sobre la fecha de la última menstruación o esta se desconoce, el tamaño y la madurez fetal son los signos de mayor importancia. La medida de la altura uterina, del diámetro biparietal por ultrasonografía, de los parámetros de líquido amniótico en el caso de realizarse una amniocentesis, son los datos más importantes que ayudan al diagnóstico del embarazo pretermino.

Las contracciones uterinas

Se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias en la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa. Su frecuencia debe exceder los valores normales para la edad del embarazo.

Edad gestacional (semanas)	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
# de contracciones /hora (percentilo 90)	1	3	5	7	8	8	8	8	9	9	9	9	9

Según Fescina, H. Lastra L. y Schwarcz R.

Los valores del cuadro corresponden al percentil 90 y muestra un aumento progresivo de la frecuencia contráctil entre la semana 26 y 30 que luego se estabilizan, así en la semana 32 se podría esperar en el 90% de las embarazadas normales una frecuencia contráctil de hasta 8 contracciones por hora.

Cuando la frecuencia contráctil es ligeramente superior a lo establecido en el percentil 90 con la paciente acostada y se plantea dudas acerca del diagnóstico, se procederá al tratamiento con fármacos uteroinhibidores si la misma persiste luego de una hora de observación. Durante esa hora la embarazada esa hora reposara en cama donde se registrara la frecuencia contráctil por medio de la palpación o con la ayuda de un tocografo externo.

En el Cuello Uterino

Se deben apreciar modificaciones con relación al último examen vaginal realizado. Los principales signos de tomar en cuenta son, el borramiento, la dilatación y la posición del cuello uterino así el apoyo de la presentación sobre el mismo y el estado de las membranas ovulares.

El dato es más confiable cuando el examen previo fue realizado por la misma persona las modificaciones deben sobrepasar los cambios fisiológicos del istmo-cérvix que es dable esperar de acuerdo con el tiempo transcurrido entre el último examen realizado y el actual.

Cuando los signos anteriormente mencionados sobre pasa los patrones descritos para la amenaza, se trata de un trabajo de parto prematuro en su etapa inicial este se debe diferenciar del trabajo de parto franco que se define cuando la dilatación superado los 4 cm. en esta última condición la respuesta a los fármacos uteroinhibidores no es suficiente y verdadera como para posponer la gestación amenazada de interrupción prematura.

PREVENCIÓN

2.2.7.3 Factores De Riesgo De Amenaza De Parto Pretermino

Las relaciones sexuales durante el embarazo

Se ha correlacionado a la amenaza de parto prematuro con la actividad sexual, cuando la incidencia de orgasmos es elevada después de la semana 32 de gestación pero no se sabe con certeza si se debe a la asociación con infecciones genitourinarias, que a su vez se relacionan con la ruptura prematura de membranas como su causa principal.

De acuerdo a un estudio realizado por Master y Johnson la actividad sexual aumenta en el 80% de los casos durante el segundo trimestre, lo cual puede coincidir con un aumento de las infecciones del tracto urinario y por consiguiente riesgo de amenaza de parto prematuro. Si se considera que existen prostaglandinas en el semen y éstas forman parte del estímulo inicial del parto en seres humanos¹², conjuntamente con la reacción producida por un proceso infeccioso, el aspecto mecánico del coito y las contracciones producidas durante el mismo, que pueden perdurar hasta 15 minutos después del orgasmo, hay razones suficientes para pensar que todo ello favorezca la amenaza de parto prematuro, y debe incluirse todavía el aspecto sociocultural y el estado psicológico de la mujer gestante, ya que pueden existir otros factores que tal vez no se estén tomando en cuenta.

La opinión generalizada es que el coito no suele causar daño antes de las últimas 4 semanas de gestación, pero de manera práctica toda mujer con historia de abortos, debe abstenerse de toda actividad sexual que pueda generar orgasmo, en el último tercio del embarazo. Asimismo si en el curso de la gestación sobreviene una hemorragia, también es aconsejable evitar toda actividad sexual, sobre todo con diagnóstico de placenta previa.

Los riesgos de las relaciones sexuales al final de la gestación, aún no se han establecido con claridad, pero se han informado casos de aceleración del trabajo de parto, cuando ha habido coito horas antes, lo cual sugiere como se ha mencionado el papel de las prostaglandinas en el inicio del trabajo de parto.

Vaginosis bacteriana como factor de riesgo para amenaza de parto prematuro

La vaginosis bacteriana, considerada anteriormente como un proceso benigno, es un factor de riesgo para desarrollar una amenaza de parto prematuro, la salpingitis aguda, y las complicaciones neonatales y perinatales. La amenaza de parto prematuro constituye un importante motivo de consulta en la emergencia obstétrica, atribuyéndose como causa muchas veces a la infección urinaria, olvidándose en la mayoría de los casos la infección del tracto vaginal.

La asociación de infecciones vaginales y cervicales y embarazo han sido documentado desde hace muchos años, se ha relacionado con trabajo de parto prematuro (APP) de un 5-10%, también se han relacionado con ruptura prematura de membranas (RPM) y en amnionítis con membranas íntegras.

Infección de Vías Urinarias

Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática.

Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro. El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo. El 25% de las pacientes que presentan pielonefritis aguda durante el embarazo, son atribuibles a bacteriuria asintomática, tratada de forma inadecuada. Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: (E. coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptococcus), en este último caso resulta imprescindible destacar su presencia simultánea en la vagina.

Nivel Socio – económico Bajo o Pobreza

En la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los factores socioeconómicos, entre los que se destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia.

Desnutrición

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer.

Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional.

La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto.

Tabaquismo, drogadicción, alcoholismo

La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y en el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte el monóxido de carbono, causa; la formación de carboxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto pretermino.

Anormalidades congénitas uterinas

Los úteros dobles, bicorne, unicorne, septos e hipoplásicos se relacionan de manera relevante con la amenaza de parto pretermino, en cuya etiología se implican varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial y vascular y defecto secretor endometrial. Los miomas uterinos provocan alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales, y déficit del flujo sanguíneo uterino, que puede comprometer la viabilidad del embrión o del feto, presentándose de esta manera una amenaza de parto prematuro. Por último la incompetencia ístmico-cervical, cuya etiología puede ser congénita, traumática, o funcional, puede producir amenaza de parto prematuro.

Entre otros Factores de riesgo asociados con Amenaza de Parto Pretermino

- Edad materna ≤ 18 o ≥ 40 años.
- Estrés.
- Abuso doméstico.
- Violencia familiar.
- Bajo índice de masa corporal pregestacional.
- Baja ganancia de peso durante el embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Traumatismos.
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Infecciones: Vaginosis bacteriana.

Infecciones urinarias, pielonefritis.

Enfermedades de transmisión sexual

2.2.7.4 Evaluación de Gestante que Acuden a Emergencia por Signos y Síntomas de Amenaza de Parto Pretermino

La evaluación clínica de la gestante con sospecha de APP debe de incluir:

- Revisión de la historia médica y obstétrica.
- La datación de la gestación se hará, siempre que sea posible, por la ecografía del primer trimestre.
- Examen físico que incluya la altura uterina, así como la presentación del feto.
- Eventual especuloscopia que nos va a permitir examinar el cérvix y la vagina, así como realizar la toma de muestras (cultivos, pruebas diagnósticas, etc.).
- Si se toma una muestra para realizar un test de fibronectina, se deberá efectuar antes de la exploración vaginal (tacto o ecografía) para evitar que se reduzca su valor predictivo.
- Medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal
- Tacto vaginal (en caso de rotura prematura de las membranas amnióticas ver protocolo específico).
- Una valoración ecográfica básica para comprobar: número de fetos, edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico y localización placentaria. Si se prevé un parto inminente y no disponemos de biometrías fetales previas, es conveniente realizar una estimación del peso fetal.
- Cardiotocografía externa para valorar la dinámica uterina y el bienestar fetal.
- Test de laboratorio. Más del 90% de las pacientes que consultan de urgencia por un cuadro de amenaza de parto pretermino no precisan ingresar ²⁷. Por ello las pruebas analíticas a realizar se pueden efectuar una vez que se ha decidido la hospitalización de la gestante y vendrán determinadas por la sospecha clínica (corioamnionitis, infección del tracto urinario, etc.), certeza diagnóstica del cuadro clínico de Amenaza de Parto Pretermino, hospitalización o no de la paciente, inicio del tratamiento tocolítico, etc. Entre estas pruebas estarían:

- Estudio básico de orina/uro cultivo, al asociarse frecuentemente las APP con infecciones del tracto urinario.
- Toma de exudado vagino-rectal para despistaje del estreptococo grupo B.
- Opcionalmente se podrán realizar de cara al diagnóstico, otros frotis vaginales/cervicales.

Ecografía Transvaginal de Cervix

La longitud cervical medida por ecografía transvaginal es un marcador diagnóstico de la verdadera APP que ha tenido una amplia difusión en los últimos años, se ha podido observar la relación entre la longitud cervical y el riesgo de amenaza de parto pretermino.

En una sospecha de APP este se puede considerar como una prueba que forma parte de la exploración básica de la misma, y que además nos permite seguir la evolución del cuello a lo largo del tiempo.

Así se podría decir que un cervix > de 30mm es un cervix largo que descarta la posibilidad de parto pretermino, mientras que es más probable que el parto suceda cuando un cervix es inferior a 15-20mm.

Podemos tener como referencia medidas de cervix con parámetros de normalidad de 25 a 50mm.

Fibronectina Fetal

La fibronectina como marcador en la predicción del parto pretermino es el más estudiado.

La muestra se toma del fondo del saco vaginal, evitando manipulaciones previas o el empleo de sustancias intravaginales que puedan alterar el resultado de la prueba, también la sangre o el semen pueden alterar los resultados, en mujeres con cervix acortado se debe tomar primero la muestra antes de la ecografía.

En mujeres con clínica de APP presenta una sensibilidad y especificidad del 76,1% y 81,9% y un cociente de probabilidad positivo y negativo de 4,20 y 0,29 respectivamente

2.2.7.5 Tratamiento Antenatal de la Amenaza de Parto Pretermino

Uteroinhibición

Se ha demostrado en investigaciones clínicas controladas que el uso de agentes uteroinhibidores en el parto prematuro prolonga significativamente la gestación y aumenta el peso al nacer.

La Adrenalina

Inhibe la contractilidad del útero humano grávido su utilización ha sido descartado por que a dosis útiles provoca múltiples efectos colaterales indeseables.

La Progesterona

Por evidencias in vitro y experimentaciones en animales la progesterona provoca uteroinhibición. Sin embargo su baja solubilidad su gran afinidad por las proteínas aplasmáticas y su escasa vida media determinan que su efecto no se llega a desarrollar claramente en el ser humano.

El Etanol

Frena la liberación hipofisiaria de oxitocina, pero su empleo se ha visto restringido por su débil efecto uteroinhibidor en relación a los betamiméticos así como por la importancia de sus efectos indeseables (vómitos, cambios de humor, etc.). Estos efectos secundarios son inevitables ya que el nivel terapéutico del alcohol circulante equivale al de intoxicación leve el uso del alcohol quedaría limitado en aquellos casos en que la paciente es sorprendida por contracciones uterinas exageradas, en tal circunstancia y mientras no se cuente con otros recursos.(Coñac, whisky,etc.).

Nifedipina

la nifedipina es un bloqueador de los canales de calcio.

La nifedipina tiene vasodilatadores y relajantes del musculo liso arterial y de otros tejidos como el uterino, en la Amenaza de Parto Pretermino la nifedipina puede ser una alternativa apropiada con relación a los beta-miméticos o los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas con buenas propiedades tocolíticas y al parecer segura para la madre y el producto.

Fenoterol

Es un agentes beta agonistas que ejerce su acción tocolítica a través de los receptores beta 2 de la fibra miometrial.

En casos con dilatación cervical avanzada (>5 cm.), la tocolisis puede mantenerse hasta completar el esquema de inducción de madurez pulmonar. Con posterioridad a la suspensión de la tocolisis parenteral la paciente debe mantener reposo en cama, durante al menos 7 días. Las pacientes candidatas a manejo ambulatorio (dilatación cervical <2 cm.) deben ser especialmente en el reconocimiento precoz de los síntomas premonitores de trabajo de parto prematuro.

Los efectos sistémicos de los beta agonistas en la madre pueden ser:

- **Efectos cardiovasculares:** son el resultado del estímulo de los receptores beta 1 y 2. El efecto sobre el sistema arteriolar, a través de receptores beta 2, incluye vasodilatación e hipotensión diastólica. Compensatoriamente, a través de los receptores beta 1, se produce un aumento de la frecuencia y el gasto cardíaco, lo que se traduce en hipertensión sistólica. El aumento del gasto cardíaco durante la terapia tocolítica se ha estimado en un 40 a 60%. El estudio ecocardiográfico simultáneo no ha demostrado variaciones en el

tamaño de las cámaras cardíacas durante su administración. No se ha observado un aumento significativo en la incidencia de insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes sin cardiopatía preexistente. Dado el efecto beta 1 de estos medicamentos (inotropismo y cronotropismo positivos), se contraindica su utilización en pacientes con cardiopatías o arritmias de base.

La arritmia más frecuentemente observada es la taquicardia supraventricular. Se han informado también casos de fibrilación auricular y extrasístoles ventriculares. Lo anterior justifica contar con un electrocardiograma basal en las pacientes que reciben estas drogas.

-

Edema Pulmonar: complicación grave del tratamiento con beta agonistas, a la que se le atribuye mortalidad materna. Su fisiopatología no se encuentra del todo aclarada y su incidencia se estima entre 0,3 a 5% de las pacientes tratadas. No se han demostrado factores cardiogénicos, y su génesis se relaciona más bien con un aumento de la permeabilidad vascular (efecto directo de la droga), coexistencia de infección intraamniótica, gestación múltiple y sobrecarga hídrica (efecto antidiurético de los beta miméticos con retención nefrogénica de sodio y agua).

Fármacos Betamiméticos

La estructura de esta sustancia es la B-feniletilamina a la que se le han agregado diferentes radicales para aumentar su actividad intrínseca sobre el receptor adrenoceptor B.

Efectos Uterinos

Estos agentes beta estimulantes poseen la propiedad de inhibir la contractilidad uterina de la mujer grávida.

Entre los efectos colaterales de estos fármacos tenemos:

En La Madre

- Cardioaceleradores
- Vasodilatadores
- Hipotensivos
- Lipólisis
- Glucogenólisis
- Palpitaciones
- Edema agudo de pulmón
- Nauseas
- Vómitos
- Escalofríos

En El Feto

- Taquicardia

Fármacos Anti prostaglandina

Se ha demostrado que la síntesis de prostaglandinas y su liberación pueden ser inhibidas por agentes antiinflamatorios o antipiréticos del tipo de aspirina o indometacina.

Efectos Uterinos

La administración de indometacina a la madre (100 mg /día dosis media) reduce significativamente la contractilidad uterina y detiene el parto prematuro su efecto se potencia o adiciona al de los betamiméticos, su uso se extiende solo durante 3 días (dosis total 300mg). Para obtener junto con los betamiméticos una uteroinhibición sostenida que permita dar tiempo al efecto inductor de la madurez pulmonar fetal de los corticoesteroides.

Efectos Colaterales

Puede alterar el flujo renal y aumentar la necrosis neuronal de la zona diencefálica periventricular del feto.

Maduración Pulmonar

El hecho de mayor importancia es la síntesis de agentes tensioactivos o surfactante, este complejo lipoproteico tapiza todo el alveolo pulmonar disminuyendo la tensión superficial de la interface liquido pulmonar/aire alveolar y evita así el colapso alveolar.

Se ha demostrado que los glucocorticoides aceleran la biosíntesis del surfactante pulmonar.

La administración de betametazona a la madre (12mg/día durante dos días) reduce significativamente el síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de membrana hialina del recién nacido.

Antibióticos

Profilaxis

El tratamiento sistemático con antibióticos en pacientes con APP y bolsa íntegra no es eficaz para prolongar la gestación. Por ello, los antibióticos no deben emplearse de forma rutinaria, salvo que la APP se acompaña de una rotura prematura de membranas o exista una patología asociada que requiera tratamiento específico.

Sin embargo, sí que debe realizarse profilaxis del estreptococo grupo B (EGB) en los casos indicados.

Conducta Terapéutica De La Amenaza De Parto Pretermino

Establecido el diagnóstico de amenaza de parto prematuro, se deberá comenzar de inmediato con el tratamiento que tenderá a inhibir las contracciones uterinas y a acelerar la madurez fetal antes de iniciar el tratamiento específico, se debe:

Diagnosticar y tratar la patología asociada, esta puede ser la causa del parto prematuro y de esta manera se podrá realizar un tratamiento etiológico.

Tratamiento de Ataque

Desde el comienzo se indica el uso simultáneo de fármacos, unos inhibirán las contracciones y otros acelerarán la madurez pulmonar fetal.

En esta etapa el fármaco betamimético y la vía intravenosa son de elección.

Esquema Normativo

- 1.- Reposo absoluto en cama decúbito lateral izquierdo.
- 2.- Un uteroinhibidor con efecto rápido de instalación (**fenoterol**) 1-4mg/min infusión intravenosa, en caso de optar por la vía oral se administra 5-15mg en

pacientes hipotensas se lo reemplaza por etilefrina (**etiladrianol**) 250-500mg/min en infusión intravenosa continua.

3.- Un uteroinhibidor de lenta instalación pero de efecto sostenido (**indometacina**)100mg vía rectal su uso se haya limitado a gestaciones menores o iguales a 31 semanas. (**Nifedipíno**) 10mg/20min/3 dosis vía oral.

4.- Un inductor de la madurez pulmonar fetal **glucocorticoide (Betametazona)** 12mg im en gestaciones menores de 34 semanas dosis inicial.

Las cuatro medidas mencionadas se realizaran simultáneamente.

Finalización del Tratamiento de Ataque Será Cuando

- a) Las contracciones uterinas hayan decrecido significativamente (< de 2-3/contracciones /hora por u tiempo mínimo de 4 horas).
- b) La contractilidad no disminuya luego de 8 horas de infusión o administración por vía bucal.
- c) El parto progrese superando los 4 cm de dilatación.

Se reiniciara el tratamiento de ataque si reaparecen las contracciones en este caso se intentara otra infusión que no debe prolongarse por más de 6-8 horas se haya logrado el resultado esperado, luego de este laxo se suspenderá el betamimético, en caso de que haya utilizado indometacina solo se repetirá si hayan pasado 24 horas desde la dosis anterior.

Tratamiento de Sostén

- a) Reposo absoluto en cama las primeras 48 horas esto se hará con pacientes preferentemente internadas si las membranas ovulares están integras se permitirá la movilización en forma gradual.
- b) Restricción de exámenes vaginales.
- c) Un betamimético: fenoterol vía oral 5mg/6 horas

- d) Indometacina: 25mg vía oral/6 horas uso limitado 3 días en gestaciones menores de 31 semanas.
- e) Betametazona: 12mg IM a las 24 horas de la primera dosis se repetirá la dosis cada semana si la gestación no ha alcanzado las 32 semanas.

Se dará alta cuando desaparezcan los signos y síntomas que motivaron al tratamiento.

2.2.7.6 Contraindicaciones Para Detener El Parto Prematuro

Muchas patologías pueden comprometer seriamente la vitalidad fetal y contraindican en principio el intento de prolongar la gestación amenazada de interrupción prematura, en ciertos casos es mejor para la madre y el futuro del niño dejar que el parto prematuro iniciado espontáneamente llegue a su fin lo antes posible, por otra parte existen patologías que restringen la utilización de fármacos con efectos vaso activos del tipo de los uteroinhibidores estimulantes de los adrenoreceptores B.

a.- Absolutas

- Rotura prematura de membranas ovulares con sospecha o evidencia de infección.
- Abrupto placentae
- Placenta previa con hemorragia importante
- Malformaciones congénitas graves
- Diabetes no estabilizada o difícil manejo
- Con vasculopatía grave
- Neuropatía crónica en evolución

b.- Relativas

- Polihidramnios
- Eritroblastosis fetal
- Hipertensión arterial crónica
- Toxemia gravídica moderada o grave
- Retardo del crecimiento y sufrimiento fetal crónico
- Trabajo de parto prematuro con más de 4 cm de dilatación cervical

c.- Exclusiva Para Los Betamimético

- Cardiopatía orgánica no compensada
- Ritmos cardíacos patológicos maternos
- Hipertiroidismo
- Hipertermia resiente sin etiología conocida

d.- Exclusiva Para los Glucocorticoides

- Evidencia de madurez pulmonar fetal (análisis de líquido amniótico)
- Antes de la semana 26 de amenorrea conocida
- Después de la semana 34 de amenorrea conocida
- Infección materna grave

2.2.7.7 Atención Del Parto Prematuro

Solo se mencionara las aquellas conductas que cambian o se agregan a las que se aplican al parto normal de termino.

Durante el Periodo de Dilatación

- Adaptación de la posición horizontal para la embarazada preferentemente de cubito lateral.
- Evitar la amniotomía (esta conducta debe ser norma para todos los partos) el efecto protector de las membranas serán más evidentes en el prematuro.
- Traslado a la sala de parto con mayor antelación alrededor de 6-7cm.
- Presencia de personal especializado para para la atención del RN.
- Evitar la amniotomía hasta el desprendimiento de la presentación.
- Debido a la alta tasa de morbilidad neonatal prematuros que nacen en pelviana algunos tienden a inclinarse por la operación cesárea. Este criterio no es compartido por otros autores.
- Evitar tracciones tempestivas en especial cuando el cuello uterino no está totalmente dilatado ya que al ser la cabeza de mayor volumen que el polo pelviano puede quedar retenida por la dilatación.

Atención del Parto

A este respecto, Murphy y Cols analizando los factores de riesgo de parálisis cerebral en recién nacidos por debajo de las 32 semanas, encuentran los mejores resultados en los casos en los que se practica una cesárea antes de iniciarse el parto, aunque admiten como posible explicación que las poblaciones que inician el parto son diferentes de aquéllas en las que se realiza cesárea de forma electiva, no obstante no pueden demostrar que el parto vaginal en presentación cefálica aumente el riesgo de parálisis cerebral.

Sin embargo Anderson y Cols no encuentran diferencia en la frecuencia de presentación de hemorragia intraventricular por el hecho de realizar una cesárea antes de iniciarse la fase activa del parto, aunque sí una disminución de las formas más graves.

Determinar la vía para el nacimiento de un feto prematuro resulta un problema de extraordinaria dificultad, no obstante éste puede ser aún mayor cuando esta decisión atañe a fetos entre las semanas 22 y 25. Especialmente en este caso, las decisiones se deben valorar con los padres, sopesando los riesgos y beneficios, tanto para el feto como para la madre, en cuanto a la vía del parto y riesgos para el feto a corto y largo plazo según el peso, edad gestacional y el centro donde se efectúe la asistencia.

Se podría proponer el siguiente esquema:

< 22 semanas, no es preciso realizar una cesárea salvo que esté justificada por un riesgo materno, al ser las expectativas de vida del feto prácticamente nulas.

22-25 semanas la supervivencia es muy baja y una actuación obstétrica tan sólo estará justificada si los padres desean una conducta activa o si se evidencia una mayor edad gestacional.

> 25 semanas, las expectativas de vida y supervivencia fetal alcanzan un 50-80% según el centro, y la decisión de la vía del parto se determinará en función del estado fetal, materno y las condiciones del trabajo del parto.

Si el parto vaginal es presumiblemente favorable se puede permitir su evolución, caso de que existieran signos de hipoxia fetal habría que optar por la vía abdominal.

2.2.7.8 Protocolo Y Normas Maternas Del Ministerio De Salud Pública En Cuanto A La Amenaza De Parto Pretermino

La amenaza de parto pretermino se la define como la presencia de contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor de 3 centímetros antes de las 37 semanas de amenorrea o 259 días desde la FUM.

Signos y Síntomas de la Amenaza de Parto Pretermino Según Nomas y Protocolo Materno

- Dolor abdominal tipo contráctil
- Presión pélvica o dolor de espalda
- Embarazo igual o menor de 37 semanas
- Contracciones uterinas mínimo 3 en 30 minutos
- Presencia de secreción vaginal o aumento de la misma
- Sangrado genital
- Expulsión de tapón mucoso cervical
- Dilatación igual o menor de 3 centímetros con Borramiento cervical de 50 %.

Manejo Tocolítico

Si el Embarazo es < de 37 semanas

- **Nifedipino:** 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.
- **Indometacina:** 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas (**solo en embarazos < de 32 semanas**) **no realice más de 2 ciclos de tocolisis.**

Maduración Pulmonar Fetal

Si el embarazo es > de 24 y < de 34 semanas

- **Betametazona:** 12 mg IM y a las 24 horas total 2 dosis
- **Dexametazona:** 6 mg IM y cada 12 horas total 4 dosis

No se requiere nuevas dosis semanales de corticoides para conseguir efectos benéficos perinatales.

Si hay Corioamnionitis

Antibioticoterapia

- **Ampicilina:** 2gr IV c/ 6 horas
- **Gentamicina:** 2mg/kg IV dosis inicial luego 1.5mg/kg IV c/8 horas o 5mg/kg IV cada día.
- **Clindamicina:** 900mg IV c/8 horas incluir si se indica cesárea.

Finalización del embarazo según criterio obstétrico.

2.3 PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

2.3.1 HIPÓTESIS GENERAL

Implementando un programa psico-afectivo en primigestas adolescentes disminuiríamos la frecuencia de amenaza de parto pretermino.

2.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Mediante el control prenatal precoz y eficaz disminuiríamos la alta tasa de Amenaza de Parto Pretermino.
- Instaurando a la Adolescencia como un Factor de Riesgo importante para la Amenaza de Parto Pretermino controlaríamos la frecuencia de esta morbimortalidad.
- Diagnosticando precozmente la infección de vías urinarias y con el tratamiento oportuno disminuiríamos la Alta Tasa de Amenaza de Parto Pretermino en primigestas adolescentes.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

VARIABLES	DEFINICION	CATEGORIAS	INDICADOR
CONTROL PRENATAL PRECOZ Y EFICAZ.	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.	SI NO	Información de HC. Recopilada que indica un deficiente número de consultas prenatales.
FACTORES DE RIESGOS.	Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	- . IVU - . Vulvovaginitis - . Vaginosis Bacteriana. - . Coito Durante El Embarazo	Datos de HC tomados de información real de estadística.
NIVEL ECONOMICO	Medida total de su posición económica en relación a otras personas basadas en sus ingresos.	- . Bajo - . Medio - . Alto	Datos recopilados de historia clínica.
PROCEDENCIA	Lugar en donde reside la paciente.	Urbana Rural	Datos recopilados de historia clínica

EDAD GESTACIONAL	Tiempo de embarazo de una gestante al momento del control.	-.28-36 Semanas	Datos de historia clínica.
ESCOLARIDAD	Nivel de educación alcanzado.	-.Analfabeta -.Primaria -.Secundaria -.Superior	Historia clínica.
TAZA DE MORBIMORTA LIDAD	Indicador que señala el número de defunciones y morbilidades en una población.	14 a 19 años	Datos de Historia Clínica
I.V.U.	Existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, vejiga el riñon.	Positivos Negativos	Datos de Historia Clínica

CAPITULO III

3 METODOLOGÍAS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente es un estudio donde se aplicó la investigación:

Retrospectiva: porque se realizó con datos obtenidos del departamento de estadísticas en el periodo no presente, tomado en cuenta para el proyecto.

Analítica: ya que nos lleva al estudio detallado y profundo de la amenaza de parto pretermino en adolescentes primigestas.

Documental: porque se recogió datos de historias clínicas reales de pacientes que habían padecido de esta patología.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

El universo de esta investigación está formado por primigestas adolescentes de 10 a 19 años atendidas en el área de emergencia de Gineco-Obstetricia en el Hospital Martin Icaza durante un periodo comprendido entre septiembre del 2011 a mayo del 2012.

Muestra

La muestra fue determinada mediante un muestreo aleatorio simple siendo el tamaño de la muestra de 20 participantes.

3.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Historias clínicas de pacientes.

3.4 PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio Retrospectivo Analítico y Documental tomando como base de datos las historias clínicas del departamento de estadística del Hospital Provincial Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo en donde se tomaron en cuenta aquellas pacientes que acudieron al área de Emergencia Gineco-Obstétrica del mencionado Hospital las cuales fueron atendidas entre el mes de Septiembre del 2011 a Mayo del 2012, considerando Edad la cual se describe mediante la clasificación de la OMS, Control Prenatal Precoz, Control Prenatal Subsecuente, Procedencia, Estado civil, Complicaciones Durante la Estadía Hospitalaria, Finalización del Embarazo, Escolaridad, los cuales se tabularon con la utilización de Microsoft Office Excel 2007 los cuales presentaremos a manera de Grafitablas Estadísticos con su respectiva identificación e interpretación de los mismos.

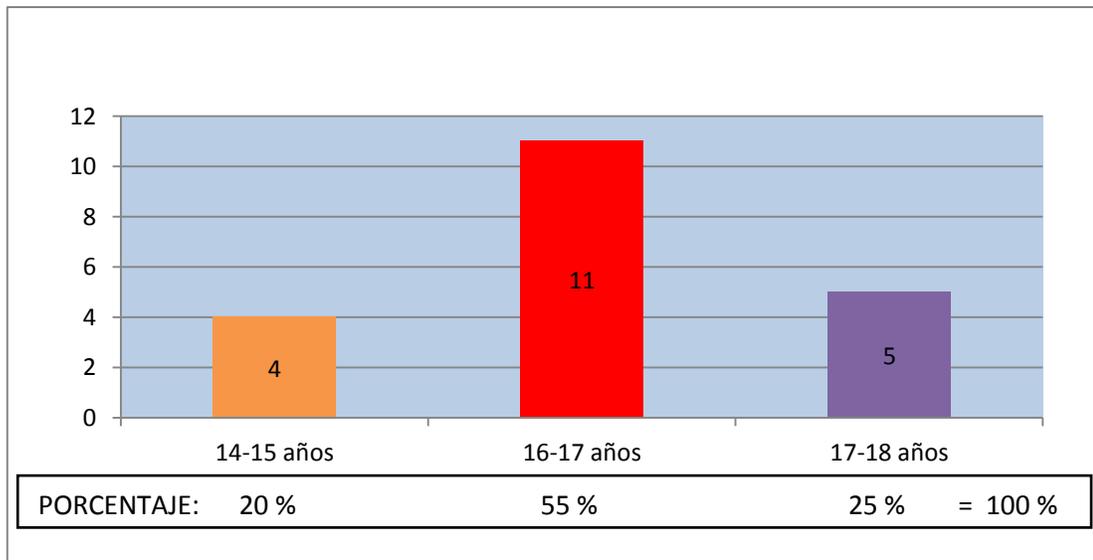
CAPITULO IV

4 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Grafitaba N° 1

Distribución por Edad de Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.

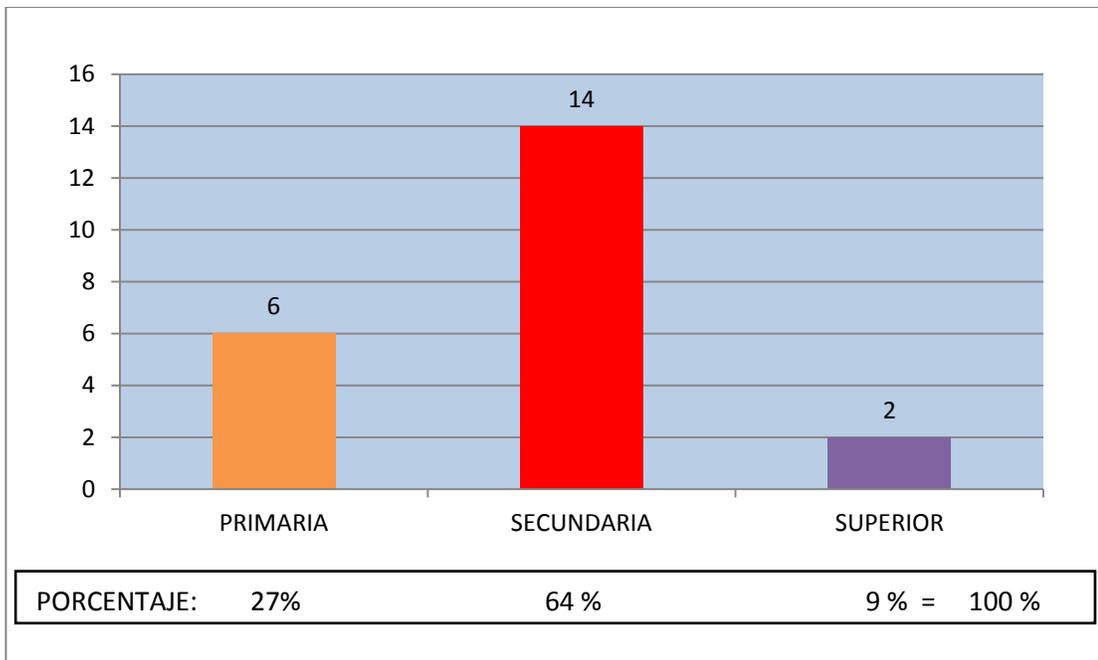


INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 1

Como resultado de esta tabla se observa la Edad como un factor de riesgo para la alta tasa de incidencia de Amenaza de Parto Pretermino, podemos darnos cuenta que la mayor incidencia está comprendida entre los 16-17 años confirmándonos con la literatura.

Grafitaba N° 2

Distribución por Escolaridad de Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.

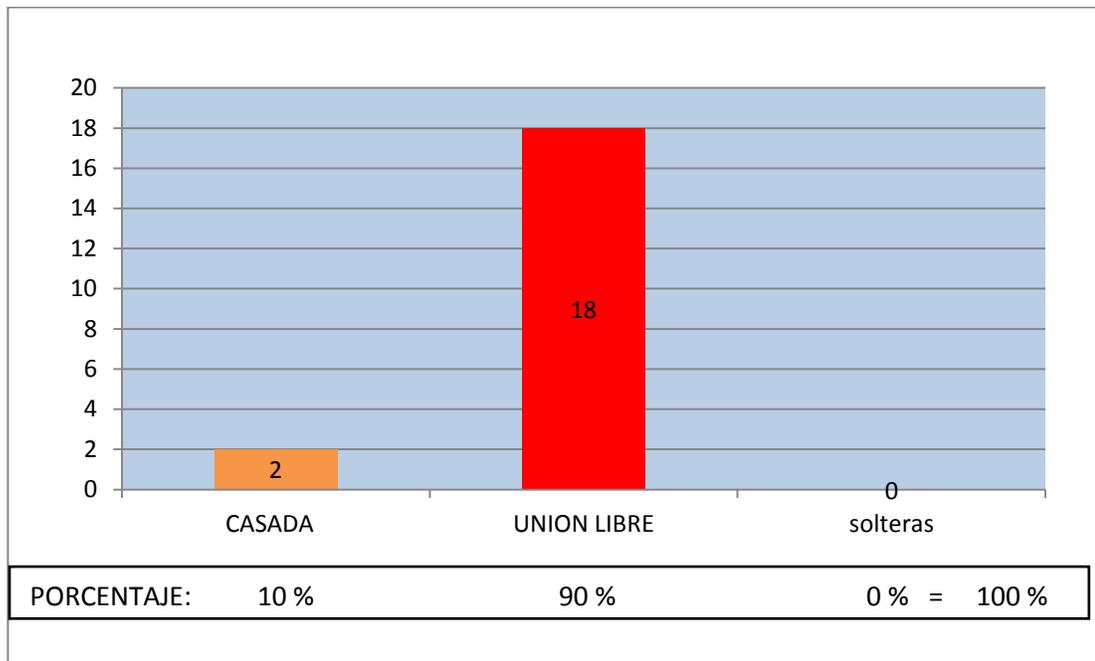


INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 2

En la Grafitaba se revela que el 64% de casos de Amenaza de Parto Prematuro de la muestra tomada en cuenta en este trabajo lo integran adolescentes de secundaria.

Grafitaba N° 3

Distribución por Estado Civil de Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.

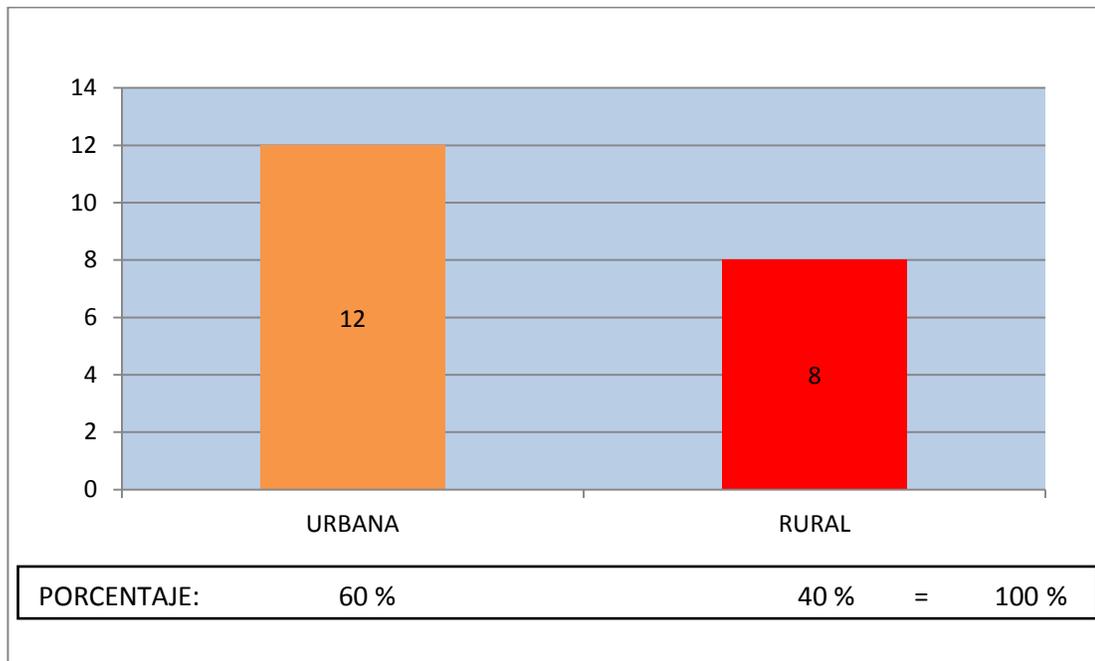


INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 3

El presente estudio da a conocer que adolescentes que asistieron a la emergencia Gineco-Obstétrica del Hospital Martín Icaza por presentar Amenaza de Parto Pretermino, un 90% corresponde al estado civil Unión Libre de esta investigación.

Grafitaba N° 4

Distribución por Procedencia de Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.

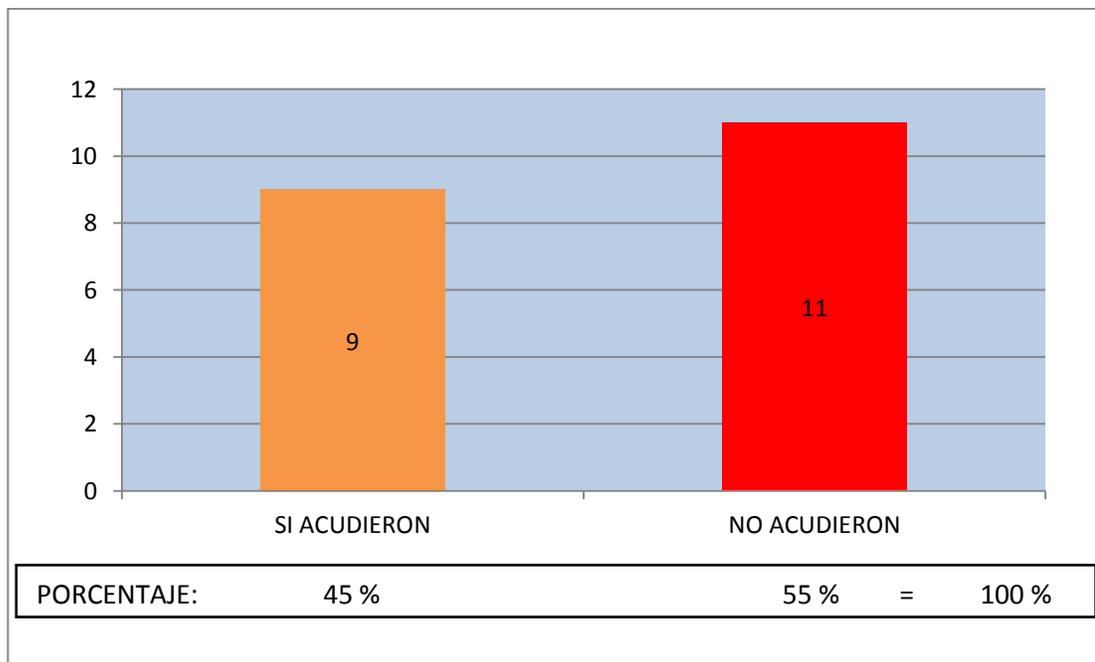


INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 4

En la tabla se puede identificar que el 60% de pacientes tomados en cuenta para este trabajo proceden de zona Urbana y el 40% de zona Rural.

Grafitaba N° 5

Distribución por Control Prenatal Precoz de Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.

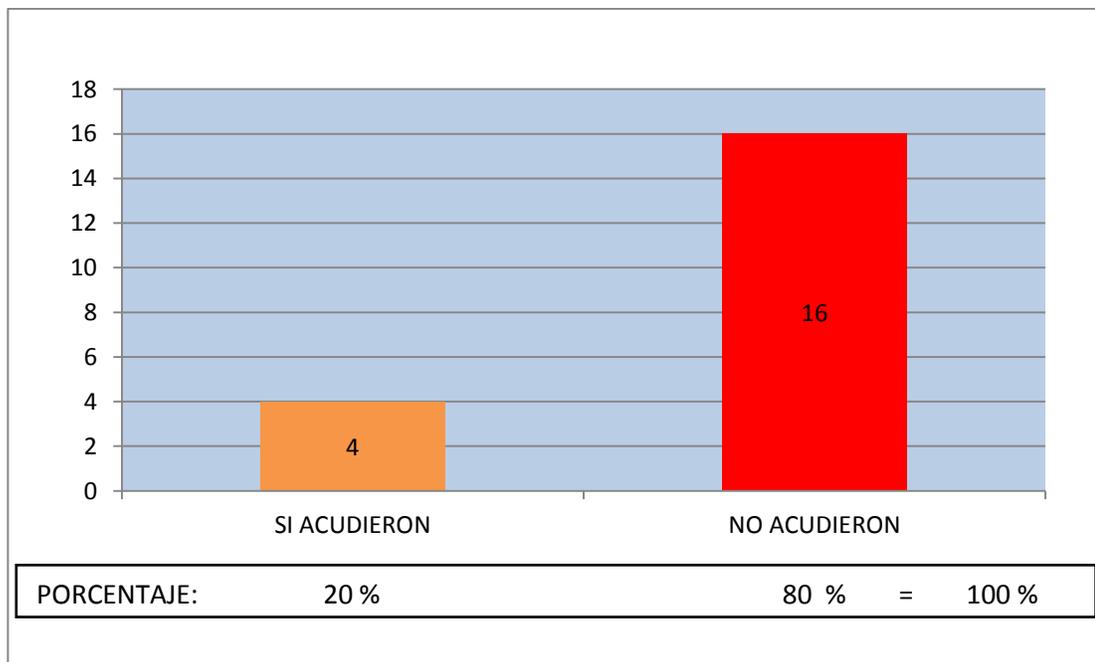


INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 5

En la grafitaba se observa que la deficiencia de Atención Prenatal Precoz aumenta la incidencia de la alta Tasa de Amenaza de Parto Pretermino en nuestras primigestas adolescente, dirigiéndonos a pensar en, la falta de información sobre lo importante que es empezar un control prenatal Precoz del embarazo.

Grafitaba N° 6

Distribución por Control Prenatal Subsecuente de Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.

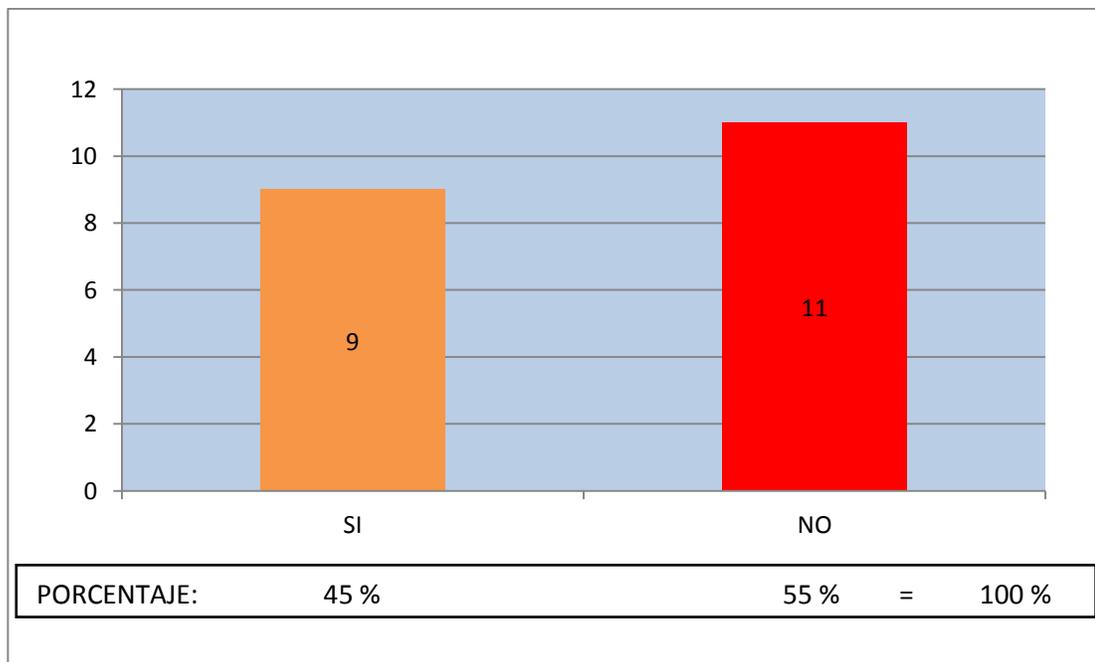


INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 6

En esta grafitaba se revela que el 80% de pacientes no llevaron un control periódico de su embarazo, que de acuerdo a las estadísticas se confirma que en el mayor número de adolescentes no hay un control eficaz.

Grafitaba N° 7

Distribución por Complicaciones en su Estadía Hospitalaria de Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.

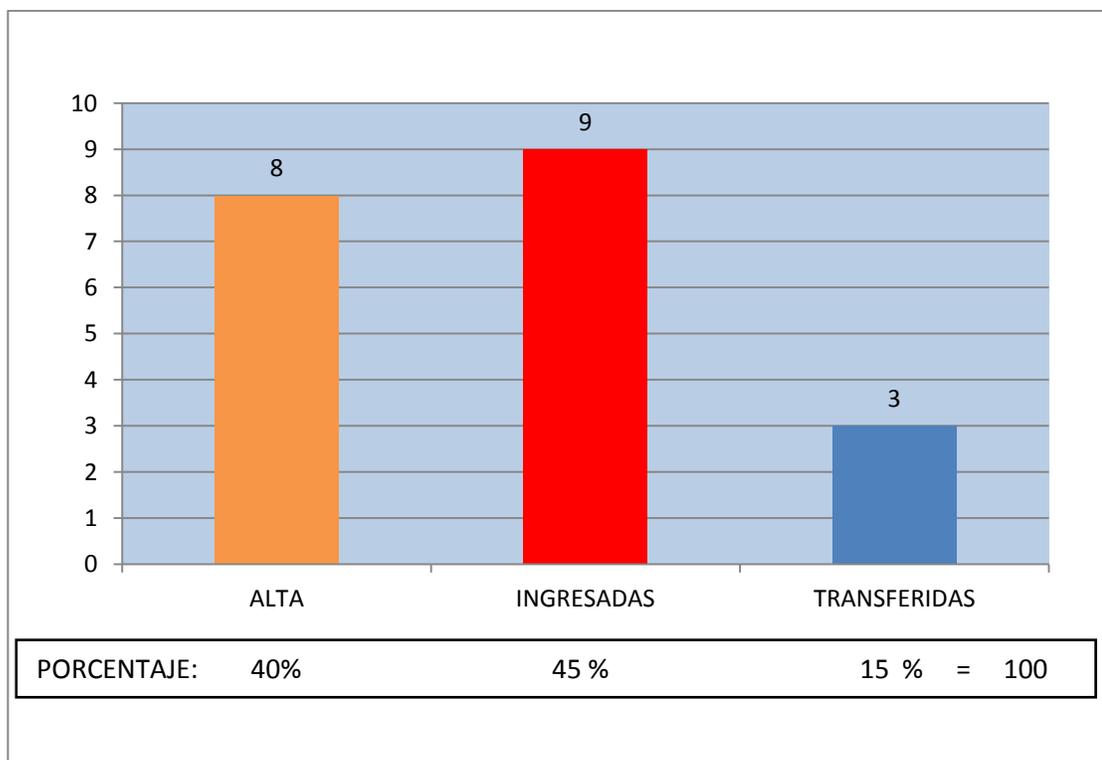


INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 7

En esta grafitaba se evidencia que el 45% de primigestas adolescentes presentaron complicaciones durante la estadía Hospitalaria y, a más de considerarla como una complicación deberíamos tenerla muy clara y ser muy precisos en su diagnóstico precoz para no llegar a tener como resultado mayor incidencia de RN prematuros.

Grafitaba N° 8

Distribución por Días de Estadía en la unidad hospitalaria Precoz de Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.

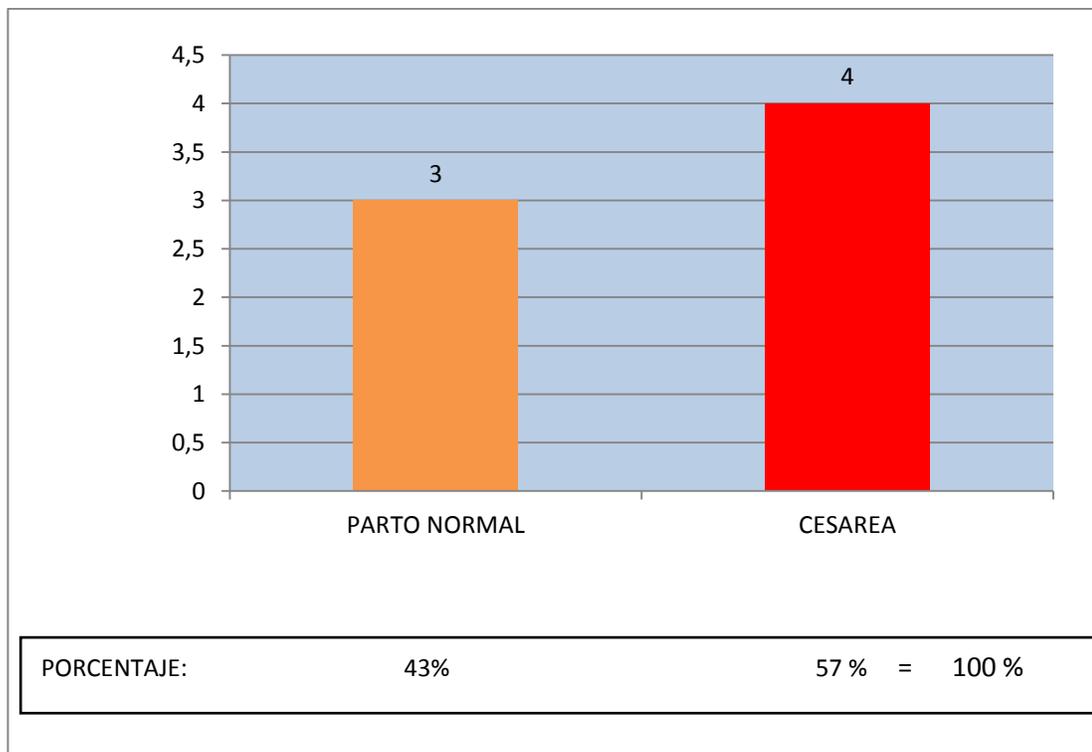


INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 8

La grafitaba anterior nos indica que de la muestra tomada en cuenta para este estudio el 45% quedan ingresadas para control y el 15% son transferidas a una unidad de mayor resolución.

Grafitaba N° 9

Distribución por Tipo de Finalización del Embarazo de Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.

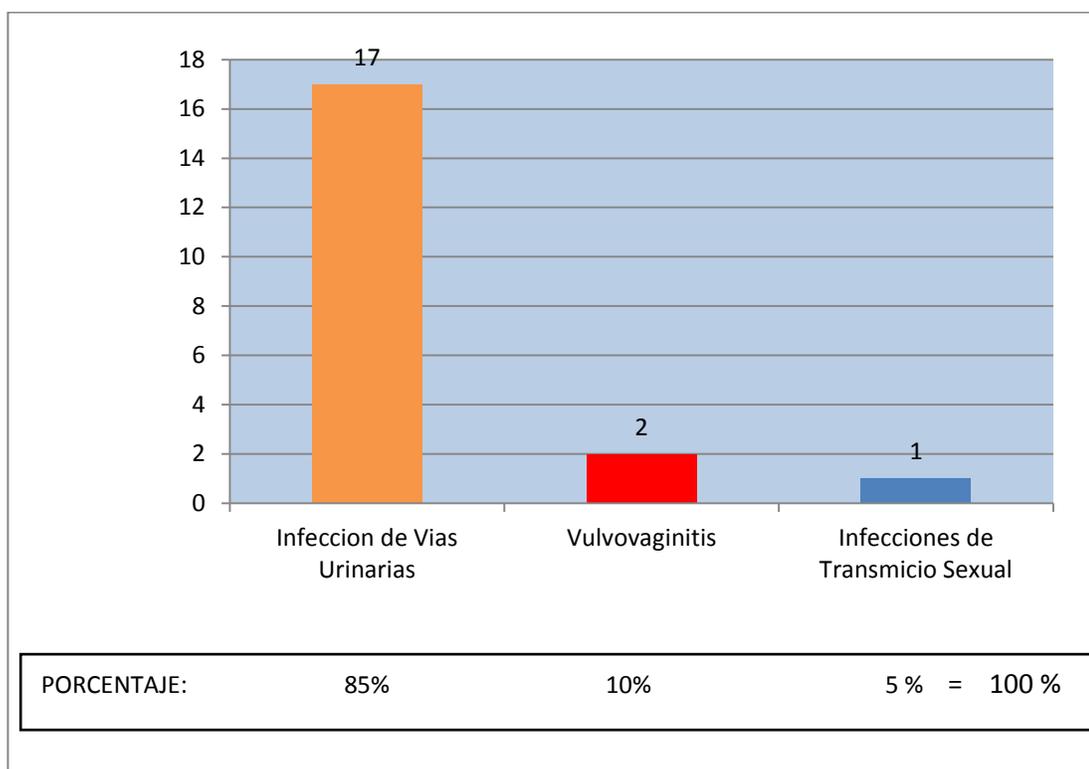


INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 9

En esta grafitaba nos indica que el 57% de las pacientes terminaron con un parto cesares y el 43% culminaron en parto normal.

Grafitabla N° 10

Distribución por Morbilidades en Primigestas Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino Atendidas en el Área de Emergencia Gineco-Obstétrica del H.M.I. de la Ciudad de Babahoyo de Septiembre 2011 a Mayo 2012.



INTERPRETACION DE DATOS DE TABLA N° 10

Se evidencia en la grafitabla el alto índice de Infección de Vías Urinarias que se presentan en la Amenaza de Parto Pretermino ocupando más del 80% del total de pacientes tomadas en cuenta para el estudio.

4.2 COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPÓTESIS

Con los datos obtenidos del departamento de estadística de las historias clínicas comprobamos que la incidencia de primigestas adolescentes que presentaron Amenaza de Parto Pretermino en el tiempo tomado en cuenta cursan entre los 16 y 17 año, edad en la cual encontramos mayor número de casos, entre otras encontramos que el control prenatal precoz y periódico es poco accesible en aquellas procedentes de zonas rurales en las cuales se les dificulta acudir a los centros de salud para los controles prenatales aumentando los riesgos de presentar complicaciones en su embarazo.

Se evidencia también que la Infección de Vías Urinarias se añade con mucha frecuencia en los casos de Amenaza de Parto Pretermino complicando aún más esta morbimortalidad.

Podemos verificar por medio de porcentajes obtenidos que no se está llegando de manera eficaz a la propagación de esta problemática, ya que dichos porcentajes nos dirigen a pensar la inadecuada intervención sobre esta problemática, no alejándonos de esta realidad podemos observar que en esta entidad que se realiza esta investigación aún no cuenta con los medios físicos ni tecnológicos para la recepción de estas pacientes en el momento de una complicación más grave en donde el parto ya no sea retenible.

Se puede observar por medio de la revisión de datos de los historiales clínicos de las pacientes en estudio la accesibilidad adecuada a esta entidad, y el beneficio con el que cuenta desde el momento de su hospitalización, estadía y egreso de la misma, se puede observar también la adecuada intervención de cada uno de los integrantes del departamento obstétrico al momento de la atención a las pacientes que presentan Amenaza de Parto Pretermino ya que por medio de anamnesis que se les realiza se puede verificar la confiabilidad que otorgan a los integrantes del mismo.

4.3 CONCLUSIONES

Se investigó la incidencia de amenaza de parto prematuro en primigestas adolescentes que acudieron a la consulta Gineco-Obstétrica del hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo durante el periodo mencionado en líneas anteriores de este proyecto de tesis, y se determinó que: El deficiente control prenatal precoz y eficaz, La Inmadurez psicosocial propia de la adolescencia, la procedencia, el ambiente escolar por el cual cursan, diferentes factores obstétricos., son factores predisponentes importantes para tener en cuenta al momento de la discusión sobre la alta tasa de Incidencia de Amenaza de Parto Pretermino que se presenta en las primigestas adolescentes.

También se puede verificar mediante este estudio que la mayor parte de adolescentes que han presentado amenaza de parto pretermino en su primera gestación se encuentran cursando la adolescencia media y tardía según la descripción de la OMS. 16-17 años.

Se identificó que el poco interés y la desinformación acerca de la importancia del control prenatal precoz y eficaz junto con el inadecuado control subsecuente constituyen fundamentales factores de riesgos para presencia de amenaza de parto pretermino pero también podríamos invertirlo a nuestro favor transformándolo en una herramienta eficaz para la detección, identificación la rápida y adecuada intervención en presencia de una posible Amenaza de Parto Pretermino que con mucha frecuencia se presentan en nuestras primigestas adolescentes, siendo así que los datos estadísticos hablan por sí mismo; obtuvimos que el 45% de las que empezaron su embarazo con un control prenatal precoz, un alto porcentaje no se realizaron controles prenatales subsecuentes en el número que establece el ministerio de salud pública.

Datos estadísticos como estos nos redime a pensar en la necesidad de proporcionar ideas, acerca de la implementación de un nuevo perfil de los tipos de controles

prenatales con un modelo de tipo control dirigido a aquellas adolescentes en las cuales su inestabilidad en el modo de pensar constituye un gran factor predisponente a presentar una gestación amenazada.

RECOMENDACIONES:

A Universidad Técnica de Babahoyo

Brindar mejor apoyo logístico, humanístico, tecnológico y económico para mejoramiento de las propuestas, mediante el estímulo a diferentes carreras para la investigación no tan solo estadísticamente si no también humanística y emocional.

Al Hospital Martín Icaza

Implementar programas en conjunto con las distintas áreas de salud tipo subcentro para la ejecución integral de las diferentes campañas de capacitación e identificación de los factores de riesgos de la Amenaza de Parto Pretermino.

A Los Compañeros de la Salud

Que recuerden aquella parte del juramento que realizamos previa a la integración de nuestra vida profesional.

“Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza”.

CAPITULO V

5 PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1 PRESENTACIÓN

En vista de los resultados obtenidos de este estudio consideramos a la Amenaza de Parto Pretermino como una problemática a la cual deberíamos tener muy en cuenta al momento de realizar un diagnóstico precoz, por la cual mencionaremos una estrategia en la que tenemos la certeza de que los resultados serán satisfactorios.

Tenemos muy en claro que la adolescencia por ende es una etapa de aprendizaje y ya que podemos reconocer los factores predisponentes de Amenaza de Parto Pretermino en las adolescentes, nuestra propuesta está enfocada en aquellos indicios que nos lleva a pensar de una manera precoz en una posible Amenaza de Parto Pretermino que pueda presentarse en el embarazo, y así poder actuar de forma inmediata y oportuna, tenemos claro que de parte del ministerio de salud pública no hay estrategias oficiales para esta morbilidad mundial donde los afectados son el niño y la madre, excepto el control prenatal el cual está dirigido como su nombre lo dice "controlar el embarazo" pero debido a los numerosos casos que se presentan podemos darnos cuenta que para esta problemática no es basta con tan solo eso si no, que exista estrategias con periodicidad donde estemos recordando y recalando a

nuestras adolescentes de una forma clara como reconocer los factores que predisponen esta complicación del embarazo.

Debido a las consecuencias que acarrea esta complicación (morbimortalidad materno-neonatal, gastos económicos, deserciones escolares, gastos al estado, trastornos en la reproductividad, etc.) nos permitimos dar una alternativa que en conjunto con determinadas instituciones públicas será de beneficio y en dirección al objetivo propuesto "disminuir la Alta tasa de Morbimortalidad en pacientes adolescentes primigestas.

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 OBJETIVO GENERAL

Captar precozmente los grupos de riesgo para lograr disminuir la alta tasa de morbilidad materno – neonatal en adolescentes primigestas a causa de la Amenaza de Parto Pretermino.

5.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contar con unidades móviles en los centros de salud para facilitar la asistencia periódica al control prenatal de las pacientes que residen en zonas rurales – marginales.
- Disponer de medicamentos en los centros de salud, que permitan el completo tratamiento, el control de las recidivas y las complicaciones materno - neonatales.
- Realizar proyectos de Intervención y Capacitación para educar a la población con mayor riesgo de presentar Amenaza de Parto Pretermino.

5.3 CONTENIDOS

Mediante el diagnóstico precoz de amenaza de parto pretermino en nuestras adolescentes, tendremos la posibilidad de actuar de manera eficaz y rápida ya sea en un control intrahospitalario mediante la derivación o un autocontrol en casa dependiendo de la complejidad del caso.

Para esto se deberá contar con personal calificado para la atención.

5.4 DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA

Se tomarán en cuenta los sectores que presenten más vulnerabilidad teniendo en cuenta los factores principales que conllevan a una Amenaza de Parto Pretermino encontrados en esta investigación (factor Socio Económico, controles prenatales, inmadurez psicosocial de la adolescencia), se realizarán como iniciación de este proyecto campañas a intervalo de cada 2 meses, y según los resultados estadísticos obtenidos en la tercer campaña se revelará la mejoría y se evaluará la inclusión de dicha campaña como método preventivo a complicaciones del embarazo en nuestras adolescentes.

Se iniciará este proyecto con la identificación de número de casos en los diferentes Subcentros de salud según historia clínica, cuyos resultados serán analizados y evaluados para determinar los sectores con mayor incidencia, se continuará con la determinación de factores de riesgos a los cuales están propensas de acuerdo al área de convivencia, se determinará el nivel de conocimiento sobre el tema y se realizarán campañas de control sobre detección precoz de factores de riesgos, cuando asistir a los centros de salud más cercanos si se presentan signos y síntomas, se realizará dentro de estas campañas la concientización de las adolescentes en estado de gestación

el modo correcto de cómo llevar un embarazo en esta etapa para disminuir así los casos de concurrencia.

5.5 RECURSOS

Talento Humano

Se tomara en cuenta el talento de distintas colaboradoras del Ministerio de Salud Publica entre otros.

- 1) 2 Autores
- 2) 2 Miembros del centro de salud más cercano a la campaña a realizarse.
- 3) 4 Promotoras de salud
- 4) 10 Estudiantes de Cuarto año de Obstetricia.
- 5) 4 Estudiantes de comunicación social.

Recurso Material

Lo constituyen los materiales de secretaria, equipos tecnológicos, materiales educativos, bibliográficos, entre otros utilizados en esta propuesta de cada campaña a realizarse.

N°	Equipo	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total	Procedencia
1	Computadora	1	10.00	50	Alquiler
2	Disco Móvil	1	10.00	30	Alquiler
3	Material Didáctico	240	10	240.00	Compra
4	Decoración			100.00	Compra
5	Mesas	10	5	50.00	Alquiler
6	Carpas	10	20	200.00	Alquiler
Total				670.00	

Recurso financiero.

Al no contar con los recursos necesarios se necesita la búsqueda de recursos con promotores de salud.

5.6.- Cronograma de Ejecución de la Propuesta

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	BENEFICIARIOS	LUGAR	TIEMPO	FECHA
Aviso de la campaña	Disco móvil	Comunidad	Zonas urbanas, Rurales, Marginales.	2 Horas	01/05/13
Temas					
Definición de					
Amenaza de Parto	Autores				
Pretermino					
Identificación de factores de riesgos.	Autores				
Medidas de prevención	Autores	Comunidad	Zonas urbanas, Rurales, Marginales.	4 Horas	02/05/13
Control prenatal como método preventivo.	Autores				
Signos y síntomas de alerta.	Autores				
Cuidados del Embarazo en adolescentes.	Autores				

CAPITULO VI

6 BIBLIOGRAFIA

- Gonzalez-Gonzalez NL, Medina V, Jimenez A, Gomez Arias J, Ruano A, Perales A, et al. Base de datos perinatales nacionales 2004. *ProgObstetGinecol.* 2006;49:645-55.
- Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, Chaiworapongsa T, Mazor M. The preterm parturition syndrome. *BJOG.* 2006 Dec;113Suppl 3:17-42.Review. Erratum in: *BJOG.* 2008 Apr;115(5):674-5.
- RCOG Green-top Guideline No.1b. Tocolysis for women in preterm labour. 2011.
- McPheeters ML, Miller WC, Hartmann KE, Savitz DA, Kaufman JS, Garrett JM, Thorp JM. The epidemiology of threatened preterm labor: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Apr;192(4):1325-9; discussion 1329-30.
- Verani JR, McGee L, Schrag SJ; Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease

Control and prevention(CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease—revised guidelines from CDC, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010 Nov 19;59(RR-10):1-36.

- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 485: Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. ObstetGynecol. 2011 Apr;117(4):1019-27.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas 2012. <http://bit.ly/I04nBB>.
- Schwarcz Sala Duverges OBSTETRICIA 6ta Edición Editorial El Ateneo.
- Ministerio de Salud Publica Norma y Protocolo Materno

CAPITULO VII

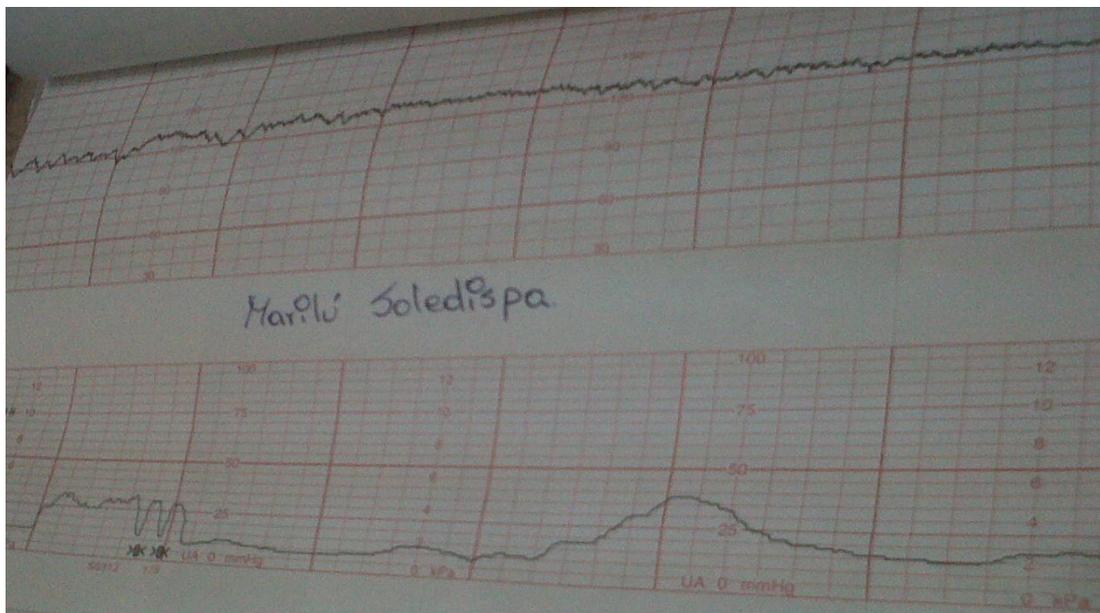
7 ANEXOS

HOSPITAL PROVINCIAL MARTIN ICAZA

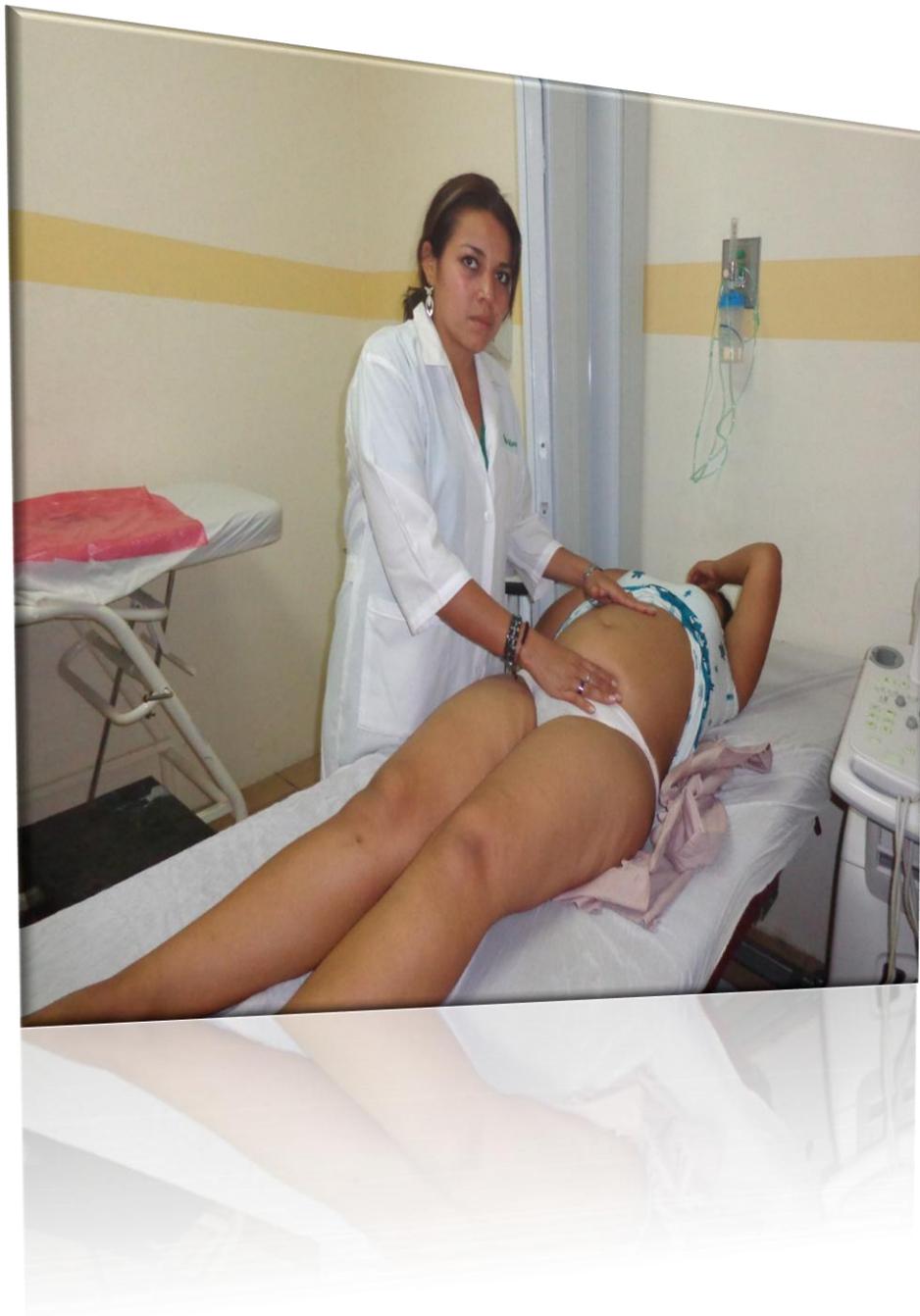




Ecografía Transvaginal en Paciente Primigesta con Amenaza de Parto Pretermino



Tocardiografía Fetal en Primigesta Adolescente con Amenaza de Parto Preterminio



María Mantilla Castillo

Atención a Primigestas Adolescentes que acuden de Emergencia al Hospital Martin Icaza De La Ciudad de Babahoyo



Cristhian Lema Hidalgo

Atención en Emergencia Gineco Obstétrica del Hospital Martin Icaza de la Ciudad de Babahoyo.